VITTORIO EM. III

FONDO PIZZOFALCONE

BIBLIOTECA PROVINCIALE

Armadio 17

Palchetto 4

Num.° d' ordine 21

33-D-19

NAZIONALE
B. Prov.
I
2268
NAPOLI
R. BIBLIOTECA
VITT. EM. III

Digitized by Google

Pr. Prov.
I
2268

Digitized by Google

SISTEMA

DI

CHIRURGIA OPERATIVA

VOLUME PRIMO,

PARTE SECONDA.

Digitized by Google

608470

SISTEMA

DI

CHIRURGIA OPERATIVA

FONDATO

SULLA BASE DELL' ANATOMIA

DI

CARLO BELL

CHIRURGO DELLO SPEDALE DI MIDDLESEX, PROFESSORE DI NOTOMIA A LONDRA, E MEMBRO DI MOLTE ACCADEMIE MEDICO-CHIRURGICHE.

Tradotto dall' Inglese, e corredato di Note

DA

GIACOMO BAROVERO

Chirurgo dello Spedale di carità, Membro del Collegio di Chirurgia di Torino, e Professore sostituito nella Facoltà chirurgica della Regia Università degli studii.

VOLUME PRIMO.

TORINO

V. POMBA E FIGLI, STAMPATORI-LIBRAI

1817.

Digitized by Google

SISTEMA

DI

CHIRURGIA OPERATIVA.

Continuazione della SEZIONE SECONDA.

Operazioni per l'ostruzione dei naturali condotti, cagionata da malattia.

Della fistola orinaria al perineo.

Quest' è per verità un assai importante soggetto. Sarebbe inutile cosa il descrivere l'operazione senza richiamar l'attenzione alla causa prima, la quale dee dirigere il Chirurgo; e per arrivar a questa, esporrò l'andamento della malattia, come presentasi ordinariamente.

Dietro uno stringimento evvi la parte la più sensibile dell' uretra, e quivi nello sforzo per orinare havvi la più grande distensione

del canale, e conseguentemente egli è in questo sito ove più probabilmente avrà luogo la crepatura dell' uretra. Io ho portato questo punto alla dimostrazione (*a*), poichè mediante l' injezione di cera nell' uretra affetta, ho costantemente riscontrata la crepatura dietro lo stringimento. Epperciò noi siamo in grado di tosto capire come succeda, che per violento sforzo, nel caso di considerevole aumento di forza nella vescica, l' orina immediatamente trapeli.

Generalmente tuttavia l' ulcerazione dell' uretra procede più gradatamente, e le parti infiammandosi non si fa estesa effusione d' orina nel tessuto cellulare, ma si forma bensì un ascesso, il quale alzandosi in punta al perineo, viene evacuato, in guisa che l' orina in appresso scola in parte a traverso l' apertura fistolosa, ed in parte per l' uretra (*). Destansi successive infiam-

---

(*a*) Vedansi le plancie tra i saggi di parti morbose nella mia collezione.

(*) Accade spesse fiate che dopo l'apertura di un simile ascesso orinoso non si vede tosto l' orina gocciolare dal medesimo. Ciò avviene probabilmente perchè, incominciata appena l' ulcerazione, trapelano alcune

mazioni, l'orina sorte con maggior difficoltà, e formansi nuovi ascessi. Tutta l'estensione degli integumenti del perineo, e dello scroto s' infiammano, gonfiano, e presentano per ogni dove irregolari durezze.

Nella maggior parte de' casi, il rimuo-

---

goccie d'orina atte a dar luogo all' ascesso, ma sintantochè non iscemà le flogosi che accompagna il processo ulcerativo, rimane ancor chiusa l'apertura morbosa; ma scemando detta flogosi al terzo o al quarto giorno, l'orina nello sforzo d'orinare trapela da questo punto finchè siasi reso libero il canale dell' orina; ciò che per lo più s' ottiene coi mezzi capaci di dilatare questo canale; e talvolta l'ascesso si dispone eziandio spontaneamente alla cicatrice, perchè l'orina nell' ascesso aperto deviando dall'uretra, uscendo per quest'apertura, e non urtando più con tanto impeto contro lo stringimento, resta così tolta la causa principale che manteneva la lenta e cronica flogosi; flogosi che constituiva ella stessa lo stringimento; e così diminuito o tolto lo stringimento, si comprende come succeda la guarigione spontanea dell' apertura. Da ciò si comprenderà anche perchè noi (per la ragione stessa per cui il Cavaliere Scarpa credette talvolta utile il foro piccolissimo superstite all'operazione della fistola lagrimale), abbiamo talvolta creduto opportuna un' apertura fistolosa dell' uretra allorquando sopratutto sarebbe stato pericolosa cosa lo intraprendere la dilatazione di questo canale.

vere la causa col distruggere lo stringimento, guarisce la malattia; poichè si è la difficoltà del passaggio dell'orina dall'uretra, che necessariamente la fa deviare negli irregolari seni comunicanti coll'uretra, e questo è ciò che mantiene l'irritazione, e la malattia. Se lo stringimento è intieramente tolto, e non havvi grande distruzione del canale, l'infiammazione, e la durezza tosto diminuiscono, e l'apertura si chiude. Ma quando questa è di lunga durata, e l'uretra trovasi callosa, e pressochè chiusa per un lungo tratto, allora l'orina viene spinta con forza attraverso al tessuto cellulare del perineo; formansi morbosi condotti dall'addensamento di questo tessuto, i quali talvolta non sono limitati al perineo, ma estendonsi in avanti nello scroto, od anche in dietro verso il collo della vescica, o verso l'estremità dell'intestino retto. Questo stato delle parti esige una differente operazione.

Operazione.

Instrumenti. Varii cateteri, sodi e flessibili, tente, candelette, uno schizzatojo, spugna,

filacce, e l'astucchio portatile sono quanto richiedesi per quest' operazione.

L'infermo viene collocato come per l' operazione della litotomia. Un catetere diritto o una tenta viene introdotta nell' uretra sino all'ostruzione. Allora s' introduce uno specillo per l' apertura fistolosa del perineo. Sovente lo specillo diritto non potrà seguire le obliquità del canale; egli debbe essere piegato, e si dee fare in modo, se è possibile, che vada ad imbattersi coll'estremità del catetere, o della tenta. Talvolta non gli si può far toccare il catetere, che è quanto dire, le parti molli frappongonsi, perchè il catetere trovasi entro l' uretra, e sopra lo stringimento.

I tegumenti affetti del perineo debbonsi ora incidere d'alto in basso sulla direzione dell'uretra. Se trovasi qui un seno che guidi allo stringimento, si dee rintracciare; ma se sonvene molti, ed essi si stendono profondamente in addietro, è impossibile di seguirli sopratutto verso il collo della vescica, e non conviene il tentarlo. In questa parte dell' operazione, una franca ed ampia incisione è quanto s' esige.

Un timido tentennare, o tagliuzzare senza

preciso disegno, assoggettando l' ammalato per un' ora sulla tavola, può essere seguito (ed io so essere ciò accaduto), da infiammazione, la quale in questo stato esausto ed irritato dell' infermo è divenuta fatale (*a*).

Nelle gravi operazioni di questa specie in conseguenza del dolore protratto, e dell' irritazione durante l' operazione, ne seguono spesso svenimenti, e vomito, dolori dell' addome, e gonfiamento dei testicoli.

La parte più difficile dell' operazione è di trovare l' uretra dietro lo stringimento. Il bulbo, ed il corpo spongioso dell' uretra nello stato morboso delle parti, non si possono facilmente distinguere. Le parti vengono assiememente incorporate dall' infiammazione; e mediante fistolosi condotti e seni, formansi nuove divisioni. L' uretra non è già come un' arteria che sta aperta quando è tagliata: Al contrario, io ho visto operatori tagliarla in tutte le direzioni sia in questa, che in

---

(*a*) Molti dei casi di cui ho inteso parlare in generale, ove uno muore in seguito all' operazione d' una fistola, hanno origine da uno stato gangrenoso delle parti, come ho notato nel primo esempio, e nessun biasimo ne risulterà al Chirurgo.

altre operazioni senza saper iscoprirne la cavità.

Se non ci riuscisse d' introdurre lo specillo per la comunicazione fistolosa, dovremmo tagliare sullo stringimento, e sulla punta della tenta: per lo che dobbiamo rintracciare collo specillo la continuazione del canale verso la vescica, ed avendola trovata, introduciamo il catetere dalla punta del pene al di là dello stringimento sino alla vescica.

Il sollievo che s' ottiene dalla libera evacuazione dell' orina, è immediato. La ferita si terrà aperta finchè essa pulluli dal centro. Le parti si solidano e guariscono sul catetere.

In pochi giorni, quando i bottoncini avranno coperto il catetere, ed il tratto dell' incisione che lo tocca immediatamente s' è reso compatto, si può cavare il catetere, e introdurre una candeletta ordinaria. L' orina non continua ad uscire per l' apertura del perineo, per tanto tempo quanto è necessario perchè l' uretra sia resa libera.

Del modo di procedere nel riaprire, e ristabilire una parte dell' uretra.

Io deggio ora descrivere un'operazione ancor più ardita e risoluta. Accade sovente che in queste malattie del perineo, l'orina avendo libero scolo dall' apertura fistolosa, lo stringimento primitivo fassi di più in più forte, ed una parte considerevole dell' uretra viene totalmente chiusa. Questo ristrignimento del canale, e l' aumento in lunghezza della strignitura essenziale sono senza dubbio accelerati dalla successiva estensione dell' infiammazione che ha luogo al perineo; ed assai sovente in questo stato complicato delle malattie, havvi un'estesa e molle gonfiagione degl'integumenti del perineo, di cui alcuni raccomandano di torne via una gran parte mediante due incisioni fatte nell' incominciar dell' operazione. Ma io son d' avviso che una sola incisione longitudinale fatta sull' estensione dei tegumenti affetti del perineo sia sufficiente.

Dovendosi procurare di scoprire e di isolare il bulbo dell' uretra si farà un ampio taglio, quindi si cercherà l'apertura fistolosa

dell' uretra, e s' introdurrà uno specillo, una tenta scanalata, od un catetere sino alla parte anteriore dello stringimento, si porrà a nudo la parte morbosa dell' uretra e la punta della tenta; e se l'uretra trovasi intieramente guasta per qualche estensione, debbesi riformare.

Si dovrà perciò introdurre una candeletta del più grosso diametro dalla ferita nella vescica, ed un'altra dall' estremità dell' uretra sino alla ferita. Si medicherà blandamente la parte, e si porrà a letto l' infermo.

Dopo pochi giorni, quando la suppurazione si è stabilita, ed i bottoncini cominciano germogliare attorno le candelette, debbonsi estrarre, e si sostituirà un catetere, che vuol essere introdotto lungo tutta l' estensione dell' uretra, sul quale si adatteranno le parti, e l' uretra sarà ristabilita, se il catetere verrà mantenuto fermo, ed in una dovuta situazione.

Dopo la prima medicazione, quando l' infiammazione non ha alcuna tendenza a divenir pericolosa, dobbiamo medicare la ferita con un unguento stimolante steso su d'uno stretto pezzo di lino, sul quale si

porrà una calda pastiglia per favorire il pullulamento de' necessarii bottoncini.

Se non s' impiegasse la dovuta attenzione, e si lasciasse il catetere senza sostegno, esso stiracchiando in basso il pene, ne allungherebbe le parti, in maniera che i margini della ferita resterebbero scostati, e facendosi callosi, lascierebbero il catetere nudo nel formarsi la cicatrice.

Trattamento delle ghiandole di Cowpero pervenute a suppurazione.

Mentre io stetti inculcando all' attenzione del Lettore la necessità di aver in vista l' ostruzione dell' uretra come cagione di fistola, ed il bisogno di vincerla prima che si presentino seni al perineo da chiudere, o tumefazione, od irregolari durezze da diminuire, havvi un caso che esige di essere ulteriormente spianato. Una persona essendo stata qualche tempo tormentata da una gonorrea, della quale a cagione delle sue occupazioni, essa non fu in grado di prender cura, sente alla fine, forse in seguito ad

un viaggio, che la sede del male si è trasportata più addietro con un senso di pienezza al perineo, di calore urente nell' uscire dell' orina. Il catetere nello stesso tempo può essere portato nella vescica con ben poca difficoltà. Questa infiammazione non venendo arrestata coi salassi generali, colle sanguisughe, coi bagni caldi, colle pozioni mucilaginose, e coi blandi lassativi, sentesi alla fine nel perineo una specie di tumore accanto dell' uretra, come se fosse fatto di dura cera; questo aumenta; i tegumenti divengono rossi, ed il tumore suppura; la marcia viene evacuata; ed al secondo, o terzo giorno dall' apertura, il Chirurgo sente l'odor dell' orina di cui trovasi pure inzuppato l' apparecchio. Io attribuisco questa specie di fistola alla suppurazione di qualche ghiandola di Cowpero. Direi quasi che questa è una specie imperfetta di fistola; tuttavia, se negletta, l' uretra, ed il tessuto cellulare del perineo diventano infiammati, e duri per una maggiore estensione.

Se vi si apporta rimedio nel suo incominciamento, non havvi luogo ad operazione alcuna. L' irritazione è mantenuta dal passag-

gio dell' orina sulla parte ulcerata, ed infiammata dell' uretra, il quale passaggio dell' orina è accompagnato da un senso di calore urente.

La mia pratica in questo caso fu d' introdurre un catetere di gomma elastica di mediocre diametro, il quale estraendo l'orina senza permetterle d' entrare, e di arrestarsi nell' ulcera dell' uretra, ne toglie così la causa; e l' infiammazione, ed il gemitio orinoso diminuiscono.

Quando si tiene il catetere a dimora nell' uretra, io ho osservato che dopo alcuni giorni l' orina s' insinua ai lati dello stromento: in conseguenza del che, l'ammalato sente di nuovo nel sito dell' apertura dell' uretra un senso di dolor pungitivo, e di calore urente come prima; ma per rimediare a quest' inconveniente fa duopo soltanto di portare un più ampio catetere nella vescica (*).

(*) Vi sono alcuni, i quali osservando che l' orina gocciola ai lati del catetere, e che senza catetere talvolta l' apertura fistolosa si chiude, ne hanno dedotta la erronea conseguenza, che sia nociva la presenza del catetere nell' uretra. Io penso che, se si è reso libero il canale dell' orina, l'uretra si chiuderà senza catetere nell' uretra; e che nel caso opposto sarà necessario impiegarlo, aumentando all'uopo il diametro del medesimo.

Del Modo di formare una nuova porzione d' uretra, quando essa è stata distrutta da un ulcero.

Un ulcero rodente, durante una cura antisifilitica, s' interna talvolta dalla corona del glande sotto il prepuzio, e distruggendo la sostanza del pene, non solo lascia a nudo una parte dell' uretra, ma ne apporta un' intiera distruzione.

Un infermo presentossi a me precisamente in questa condizione. Avea consultati molti classici Chirurghi, i quali unanimamente lo aveano scoraggiato, dicendogli che la cosa non era straordinaria, ma irrimediabile. Egli avea nello stesso tempo due stringimenti, e l' orina sortiva da un lato del pene.

M' impegnai primieramente a distruggere gli stringimenti in modo che il canale potesse permettere ad una cannula d' argento di dimorare nell' estremità dell' uretra, per vedere se con questo mezzo l' orina avesse voluto lasciare l' apertura morbosa, e riprendere la via naturale; ma in verità non avrei dovuto aspettarmelo, trovandosi il canale mancante per il tratto di un pollice e mezzo circa. Mi trovai perciò costretto ad intraprendere la seguente operazione.

Avea io in pronto un tubo d' argento di sei pollici in lunghezza, ed un cilindretto di duttile metallo alla medesima aggiustato, il quale sporgeva oltre questa con una punta a guisa di specillo. Avea pure uno stilo assai acuto che s' adattava alla cannula, ed una tenta solcata di forma un po' particolare per introdurla nell' apertura morbosa dell' uretra dall' inferior parte del pene.

Per quest' operazione introdussi la cannula in un col suo cilindretto nella porzione d' uretra prima dilatata. Portai allora la tenta solcata nell' apertura da cui l' orina sortiva abitualmente, e ne volsi la punta verso il perineo, tenendone il solco rivolto verso il corpo del pene. Allora io consegnai questa tenta all' Assistente, e ritirando il cilindretto ottuso che era nella cannula, vi sostituii l' acuto stilo, e ne spinsi la punta a traverso la cannula, ritenendo fermo con la mano lo stilo, e la cannnla; ne diressi l' acuta punta obliquamente deviando dal natural tragetto del canale entro il corpo del pene, e così lo condussi per tutto quel tratto dell' uretra mancante; allora prendendo la tenta solcata colla sinistra mano, portai la punta dello stilo nel solco della tenta; e per

conseguenza nel proprio canale dell' uretra; e tenendo la cannula, e la tenta ben ferme, estrassi lo specillo acuto dalla cannula, e v' introdussi di nuovo il cilindretto ottuso; e colla scorta del solco della tenta, la cannula trovossi collocata nell' anterior parte dell' uretra.

A traverso questa cannula l' orina passava liberamente, neppur una goccia trapelava dall' apertura morbosa, e durante l' operazione nemmeno apparve sangue, mentre il mio Assistente s' aspettava di vedere una grave emorragia. Io credetti che tre settimane erano necessarie per assodare il nuovo passaggio, e convertirlo in un fermo canale. La sola difficoltà era il ritenere ferma la cannula, e prevenire che la sua estremità dimorante nell' uretra non la infiammase. Ottenni l' intento coll' introdurre nella cannula una candeletta di flessibile metallo, la quale oltrepassando l' orlo tagliente della cannula, impedisse all' uretra di comprimere sulla medesima, ed al pene di piegare in questa parte. Una fasciatura in forma di T fesso riteneva l' estremità della candeletta, e faceva pressione sulla cannula d' argento per modo che non avrebbe potuto isfuggire

nè a cagione d' accidente, nè a cagione dell' impeto dell' orina.

Facendo tenere questo tubo per qualche tempo, e quindi introducendo una candeletta ordinaria nel nuovo canale, feci un' uretra compita. Ma una circostanza rese imperfetta la cura. Il malato può pisciare contro il muro come gli altri. Il seme pure, cred' io, giunge all'estremità dell' uretra, ma vi rimane tuttora un foro laterale.

La ragione si è, che il nuovo canale non si congiunge in perfetta direzione colla vera uretra. La cannula rese liscia questa parte dell' uretra, ma rimase molto ristretta, ed io non fui in grado con verun mezzo di far cessare la naturale tendenza di questa parte a separare un umore oltre il naturale; nemmeno mi è riuscito il tentativo diretto a farla suppurare e riunire (*).

(*) Prima che si ponga termine al trattamento sugli stringimenti dell' uretra, ed alle conseguenze di questi, debbo ricordare al giovane Chirurgo questo precetto; che l' uretra vuol essere maneggiata con somma circospezione, perchè non sì tosto viene dessa irritata dalla candeletta, o da altro corpo straniero, se ne risente tutto il sistema, e v' insorge un accesso di febbre più

Del Cateterismo nelle donne.

Per il cateterismo nelle donne fa d'uopo una maggiore delicatezza che non negli uomini, quantunque siano necessarie minori cognizioni

---

o meno intensa, giusta la varia sensibilità dell' infermo.

Onde prevenire questo generale sconcerto della economia animale, giova mai sempre in sul principio il non prolungare la dimora della candeletta nell' uretra al di là di pochi minuti, il non aumentare il diametro della medesima, e il tempo della sua dimora nell' uretra, se non a gradi, a gradi; giova pure il prescrivere all' ammalato pozioni raddolcenti, e atte ad un tempo a rintuzzare la *suscettibilità* nervosa, come sarebbe un'infusione di fiori di tilia, di ninfea, o d'altra simile pianta, edulcorata col siroppo di papaveri, od anche animata all' uopo da qualche preparazione oppiata.

Stabilita dall' Autore qual causa degli stringimenti dell' uretra la flogosi lenta, e cronica, per lo più conseguenza della blenorragia, appare di leggieri la cagione, per cui l'uretra delle donne sia sì poco soggetta a questa malattia, a non meritare, ch' ei ne facesse un particolare articolo; ciò nondimeno facendomi io lecito d' interpretare il sentimento dell' Autore su questo punto, osserverò, che quanto egli insegna sul metodo, e sulle circospezioni ad aversi nel trattare gli stringimenti dell' uretra maschile, vuolsi applicare all' uretra femminile con quelle modificazioni però, che dalla forma diversa delle parti si richiedono.

in quello, che in questo. L'ammalata giacerà in letto, e sul dorso colle coscie elevate, e coi piedi appoggiati colla pianta nella guisa dello stare ritto in piedi. Il Chirurgo avrà un bacino per ricevere l'orina, o meglio ancora una vescica legata all'orifizio del catetere. Il Chirurgo terrà il catetere quasi come una penna da scrivere, colla sola differenza che la punta del dito medio deve oltrepassare l'estremità del catetere.

La clitoride è la guida del Chirurgo. Scostando le grandi labbra, sente la prominenza fatta dalla clitoride. Allora egli porta il dito direttamente sotto di questa, e sul margine della vagina, o in quelle che hanno figliato entro la vagina; ivi scorge una piccola eminenza, od un sodo anello all'entrata dell'uretra. Ora non gli rimane che far avanzare la estremità del catetere oltre il dito, introducendolo nell'uretra.

Dirigendo il catetere orizzontalmente, entrerà nella vescica, se l'ostruzione dipende soltanto da difetto di consenso nelle fibre muscolari della vescica. Ma se la ostruzione è cagionata da un tumore delle ovaja, dall'utero ne' primi mesi della gravidanza, o dal capo del feto durante il travaglio del

parto, allora il catetere vuol essere diretto in su, costeggiando la parte posteriore dell' arco del pube. Si dà la direzione alla punta del catetere abbassando la mano verso il perineo (*a*).

Dello Stringimento dell' Esofago.

La comunicazione diretta di questo tubo collo stomaco, il numero de' suoi nervi, i rami di questi, che vanno poi a terminare in questo viscere, ci fanno conoscere la ragione della prontissima simpatia che esiste fra l' esofago, il ventricolo e le intestina; e ci spiegano perchè la difficoltà d' ingollare dipendente da contrazione spasmodica di questo canale, e la sua paralisi, perdita di azione, siano entrambi conseguenza di sconcertata digestione.

L' esofago tubo vascoloso e ghiandoloso è soggetto alla lesione indotta da' corpi, che lo percorrono, e di quì ne viene che esso

(*a*) Vedasi l'anatomia delle parti genitali nell' ultimo volume dell' anatomia di Gioanni, e Carlo Bell.

può essere affetto da stringimento confermato. Nella mia collezione sonvi due esempi di stringimenti dell' esofago così stretti, a cagionare la morte, ed in amendue i casi l' ostruzione era stata cagionata dall' ingollamento di acri, e stimolanti liquidi. Noi possiamo perciò supporre che i minori gradi di stringimento dell' esofago debbansi attribuire all' infiammazione del tubo indotta dalla lesione apportatali nella deglutizione. Nello stesso tempo io posso credere senza esitare che l' azione irregolare, e spasmodica del tubo nell' atto del deglutire, può offendere le interne sue tonache, e produrvi un permanente inspessamento, e stringimento. Nel primo periodo di quest' affezione, io ho osservato che le sofferenze del malato consistevano principalmente in una distensione flatulenta delle intestina, ed in un sì frequente ed urgente bisogno di evacuare l' aria al segno di obbligarlo ad abbandonare la società. Mentre lo stringimento dell' esofago è permanente, la difficoltà di trangugiare alla maniera della difficoltà di orinare nello stringimento dell' uretra, varia in grado secondochè varia lo stato dello stomaco, e delle intestina. Questa circostanza ci mostra la necessità di far at-

tenzione allo stato delle evacuazioni intestinali, e di regolarle (*). Nelle donne lo stato dell' esofago ha pure una connessione colla funzione dell' utero, epperciò questa esige egualmente l'attenzione del Chirurgo. Le contrazioni spasmodiche dell' esofago possono talvolta venir alleggiate coll' uso della candeletta da esperto Chirurgo maneggiata; ma essa è evidente cosa che in tale operazione havvi il pericolo di offendere le tonache del medesimo. Queste spasmodiche affezioni si frenano in facendo fregagioni ai lati del collo con canfora, con oppio, o con etere, od anche facendo ingollare un po' di tintura d'oppio. Si somministra pure la valeriana, e la canfora per bocca, o per clisteri, ma il principale oggetto debb' essere lo scoprire la causa di quest' azione irregolare, e dissiparla; e questa si troverà negli organi digestivi.

(*) Un' assai difficile e dolorosa deglutizione fu da me curata nella scorsa primavera coll' uso di blandi rimedj purganti in una donna, la quale n' era affetta da 40 giorni.

La quantità e la natura delle evacuazioni alvine, non che il buon successo che se n' ebbe, diedero a divedere che lo sconcerto delle funzioni intestinali n' era la principale cagione.

Per lo stringimento confermato dell' esofago s' impiegano la candeletta, ed il caustico. Ciò compiesi sull' analogia dello stringimento dell' uretra; il caustico è fortemente raccomandato da Edoardo Home. Io, in quest'opera, appoggiai tutte le mie osservazioni sulla dissezione delle parti, e non ebbi occasioni di esaminar questo soggetto anatomicamente; tacerò adunque il mio avviso, pago per ora di affermare, che sin quì la mia pratica, negli stringimenti dell' esofago è stata limitata all' uso della candeletta, ad una blanda e progressiva dilatazione dello stringimento, al regolamento della sanità, all' essere guardingo onde allontanare quello sconcerto dello stomaco, che è causa di una secrezione nella gola, maggiore di quella che si fa nello stato ordinario, ed è origine della spasmodica difficoltà di trangugiare.

Nell' uso della candeletta in questa malattia si esige qualche delicatezza; la candeletta debb' essere ammollita, e piegata in un debito grado, talmente che, incontrando la parte posteriore della faringe, possa facilmente piegarsi per entrare nell' esofago. Se essa fosse dritta, e troppo dura, urterebbe contro la faringe, e desterebbe dolore all' ammalato:

se fosse troppo molle, si ripiegherebbe nella faringe, e produrrebbe un molestissimo senso di suffocazione. I punti ove io ho sentito stringimenti, sono primieramente il punto preciso del termine della faringe nell' esofago, cioè dietro la cartilagine cricoide, e poscia là dove l'esofago corrisponde al superior margine dello sterno. Io me ne son accertato facendo scorrere la candeletta due o tre volte a traverso lo stringimento, durante l'intervallo della respirazione: l'ammalato dovrassi porre a sedere su d'un sodo scanno colla testa appoggiata ad un oregliere posto contro la spalliera del medesimo, e si dovrà stabilire tra il Chirurgo e l'ammalato un linguaggio espresso con segni, il quale giova assai, e all'Operatore serve moltissimo a tranquillare l'ammalato, così che sopporterà egli più a lungo lo stromento nella gola.

Stringimento dell' intestino retto.

Lo stringimento dell' intestino retto trovasi per lo più all' altezza di due pollici dall'apertura dell' ano. La malattia si fa sentire

per un dolore che affetta l'intestino specialmente quando il malato si mette alla seggiola, a cagione della difficoltà che incontrano le materie fecali nel loro passaggio; difficoltà che va tuttora aumentando. La forma dello sterco, quando esce modellato, cioè come se fosse stato spremuto attraverso un più stretto passaggio di quel che sia l'ano, comprova la natura della malattia.

Lo stringimento dell'intestino retto essendo complicato con emorroidi, il Chirurgo è spesse volte ingannato, credendo ch'esse emorroidi formino la malattia primaria, mentre non sono che una naturale conseguenza del tenesmo prodotto dallo stringimento stesso.

Havvi quì senza dubbio uno stringimento dell'intestino retto di natura ben diversa da quello che dicesi stringimento scirroso. Colla dissecazione ho trovato uno stringimento soltanto membranoso, e in poco differente dalle naturali membrane dell'intestino. Ho poi trovato in pratica un'ostruzione analoga a questa specie nel canale intestinale, la quale non potrebbe essere attribuita a malattie d'indole scirrosa, giacchè l'ammalato ha vissuto molti anni in preda a gravi malori senza che veruna infezione della costituzione abbia

avuto luogo dai progressi della malattia. Ho pure trovato (ma non sul cadavere, cui tengo soltanto per autorevole dimostrazione) uno stringimento nell' intestino retto di una considerevole estensione, che ho ragione di sospettare che fosse o un vizio di originaria conformazione, o esistente fin dalla prima età, avendo esso durato, per quel ch'io seppi, per lo spazio di trent' anni.

L' intestino retto è la sede di un più formidabile stringimento. La malattia è della natura delle scirrose durezze delle membrane, e, a quanto io penso, prende origine dalle ghiandole dell' intestino. Le membrane diventano spesse, ed incapaci di dilatazione, e di restringimento; cosicchè dapprima havvi una difficoltà di evacuare le fecce, ed esse escono soltanto in seguito ad un grande accumulamento fattosi sopra lo stringimento. Nella mia collezione possono vedersi preparazioni, le quali fanno vedere i progressi della malattia alle parti vicine, ed una stessa scirrosità abbracciante l' intestino retto, la ghiandola prostata, e la vescica.

Il semplice stringimento dell' intestino retto può essere diminuito o curato col solo uso della candeletta, e coi clisteri d'acqua fredda.

La candeletta allarga l'intestino, ed agisce come una supposta, ed il clistere lo netta, gli ridona la elasticità, e lo sbarazza dai residui di fecce in vicinanza dello stringimento arrestantisi, i quali sono una continua sorgente d'irritazione in tutti i mali dell'intestino retto. Per lo stringimento dell'intestino retto, che non è accompagnato da grande dolore, e che non è nè scirroso, nè ulcerato, si possono usare le taste. Ma nello stesso tempo che io fo menzione di queste, deggio raccomandare una grande precauzione nel tentare la distensione, e l'allargamento dell'intestino ristretto.

Quando lo stringimento lascia soltanto uno stretto passaggio, e quando non vi si può neppure insinuare una piccola candeletta, malgrado la più grande attenzione a tenere il corpo obbediente con purganti, formasi quivi ostruzione, e doloroso accumulamento di materie fecali. In questo caso sarebbe del più grande vantaggio l'introduzione di una candeletta cava attraverso lo stringimento, injettandovi un clistere emolliente oltre la parte ristretta; poichè sia muco, siano indurite fecce ciò che cagiona l'ostruzione, questa pratica apporterà alleviamento.

È possibile di guarire il semplice stringimento dell' intestino retto; ma quanto ai metodi di cura che sono consigliati per essere praticati in casi di stringimento scirroso, io non vi ho fede alcuna. Tuttavia si potranno fare molte cose per palliare, ed alleggerire i più tormentosi sintomi che accompagnano la malattia (*).

(*) Tra i mali dell' intestino retto, che esigono operazioni Chirurgiche siamo in dovere di aggiungere allo stringimento la *fessura*. Il costringimento dell' intestino retto, ora semplice, ora scirroso è malattia già da lungo tempo conosciuta dagli Scrittori di Chirurgia; la fessura poi come malattia distinta formò per la prima volta oggetto di un articolo chirurgico (*fissure*) inserito nel *Dictionnaire des Sciences medicales* vol. XVI, uscito non ha guari alla luce, quantunque il SABATIER l'avesse pure già riscontrata.

L' origine di questa malattia sta nell' infiammazione cronica dell' intestino un po' al disopra dello sfintere, la quale infiammazione viene seguita da stringimento circolare del medesimo, a cui poscia in conseguenza degli sforzi fatti dall' ammalato per evacuare le materie fecali, si forma la fessura.

Lo stringimento e la fessura dell' ano s' annunziano con dolore vivo, che segue l' evacuazione delle materie fecali. L' intensità del dolore risponde all' antichità del male, ed alla consistenza delle fecce intestinali. Dapprincipio non dura che per lo spazio di mezz' ora od

Della Fistola all' ano.

1.° Una fistola all' ano è un profondo ascesso formatosi in vicinanza dell' ano. Quando la

---

al più d' un' ora dopo la sortita delle medesime, ma in seguito i dolori durano molte ore; e se il bisogno di evacuarle si ripete nelle 24 ore, appena restanvi intervalli di calma. Le materie sono talvolta tinte di striscie di sangue. Il dito introdotto nell' ano sente solo uno stringimento attorno il medesimo. Difficilmente l'inspezione oculare perviene a distinguere la malattia. Siccome la fessura dell' intestino non è che l' effetto dello stringimento, così i mezzi atti a superare lo stringimento servono per la cura della fessura, come servono per impedire l' uno e l' altra quelli che diretti sono a risolvere la flogosi cronica considerata come precedente all'esistenza loro. La cura palliativa talvolta divenuta radicale consiste nel prevenire l' arresto delle materie fecali nella parte superiore allo stringimento ed alla fessura, con blandi lassativi, nel risolvere l' infiammazione con l'applicazione delle mignatte, nel rilasciare l' intestino con clisteri, injezioni, con portarvi taste gradatamente aumentate in diametro: se mai tutti questi soccorsi riescono vani, l' operazione efficace consiste nel fare un taglio sulla fessura con bistorino a bottone in punta, il quale recida tutto quell' orlo, che forma lo stringimento, e così si faccia recente e cruenta la soluzione di continuità antica.

Non potendosi scorgere la linea della fessura, giacchè

suppurazione si fa strada attraverso la cute, i Chirurghi l'hanno chiamata fistola esterna; quando essa si è aperta nell' intestino retto, ha avuto il nome di fistola interna o cieca; e quegli ascessi che hanno un' apertura alla superficie, e comunicano pure coll' intestino internamente, sono stati chiamati fistola completa.

2.° Presentansi sovente ampi flemmonosi furoncoli ai lati dell' ano, i quali esigono che se ne favorisca il maturamento, ed una pronta apertura. Talvolta una durezza e un dolore nel passaggio degli escrementi danno segno d' infiammazione, la quale tendendo alla sup-

---

lo scopo principale dell' operazione consiste nel rilasciare lo stringimento, epperciò la cura riesce egualmente, giusta il sig. MERAT redattore di quest' articolo del Dizionario, facendo il taglio dello sfintere in altro sito; ma più convenevolmente si fa nella linea dell' osso coccige, procurando di recidere tutte le fibre dello sfintere, perchè senza questa precauzione la malattia potrebbe recidivare: un' altra precauzione è, di dare alla parte esterna dell' incisione una maggior ampiezza a risultarne un cono colla punta verso l' intestino, e la base verso la cute.

Si porteranno dopo l' operazione adatte taste alla fenditura; si arresterà l' emorragia nel modo che si è detto parlando dell' operazione della fistola all' ano.

purazione, gradatamente ammollisce la parte, e vi scoppia pus di buona natura. Questi tumori sono accidentali a questa parte, e non avendo comunicazione coll' intestino, e non procedendo da irritazione nel medesimo, hanno niente di comune colla fistola dell' ano.

3.° Nel tessuto cellulare ai lati dell' intestino riscontrasi talvolta un ascesso dalle cui callose pareti separasi un umore. Questo si apre esternamente con una piccola apertura rotonda, dura, e poco infiammata, apparendo come se fosse l'apertura d'un naturale condotto. Comprimendo su questa parte, sentesi un duro cordicino di tessuto cellulare, che si prolunga verso l'intestino. Attraverso l'apertura sortono materie, e fecce, e facendo l' esplorazione, si trova che il seno o la fistola guida ad una simile apertura dal canto dell' intestino. Tale si è la più ordinaria apparenza di questa specie di fistola. Quest' è lo stato perfetto della malattia, se posso servirmi di questa espressione.

4.° Assai spesso formansi ascessi ai lati dell' ano, i quali tuttavia non hanno comunicazione veruna coll' intestino: e quando lo specillo non penetra nell' intestino, e quando

il dito nell' ano non iscopre la denudazione delle membrane del medesimo, in facendo scorrere lo specillo, e ritoccando collo stesso specillo, sarà sufficiente il dilatarlo esternamente, e medicarlo blandamente, tener le intestina aperte, e badare allo stato di sanità generale. Non havvi alcuna necessità di tagliare l' intestino, o di considerare la malattia sotto verun altro aspetto, che come un comune ascesso. Tuttavia debbesi avvertire che anche nel caso in cui l' ascesso non ha comunicazione alcuna coll' intestino, vuol essere talvolta curato come una fistola completa. Quantunque la materia s' evacui, il gonfiamento esterno diminuisca, e l' orifizio mostrisi in buon aspetto, tuttavia la piaga non si chiude, la malattia continua ad incomodare e nuocere, e l' umor che ne cola diviene tenue ed icoroso.

5.° Ascessi d' assai cattiva natura possono formarsi ai lati dell' ano, particolarmente in soggetti consunti. Se un tale malato sotto la cura del Medico, viene da questi affidato al Chirurgo per essere curato della fistola, cioè quando avesse tosse e febbre etica, vi sarebbe poco a sperare dalla cura chirurgica.

6.° Soventi volte in un soggetto esausto di

forze, oppure in una cattiva costituzione, la piaga non presenta una forma fistolosa; havvi un' apertura irregolare con cute sciolta e molliccia che copre molli e pallide carni accompagnate nè da infiammazione, nè da suppurazione. In questo caso, quando l'apertura esterna è ampia, l'ulcero dovrà medicarsi con rimedj balsamici e stimolanti.

7.° Sonvi malattie del tessuto cellulare e della cute ai lati dell' ano d'una specie ben diversa. Vi sopravviene talvolta un' infiammazione di color rosso-scuro senza molta tensione, o flemmonosa durezza con febbre, inquietudine, con polso duro, pieno e diseguale. La materia formatasi sotto la cute è in poca quantità e di cattiva natura; la forza, gli spiriti, ed il polso s' abbassano; la membrana adiposa diviene gangrenosa e putrida (*).

8.° Una quantità di materia, ed una pu-

(*) Un caso di questa fatta fu osservato dal Dottore Ballarini, in cui l' estremità dell' intestino retto era talmente sciolta dal circondante tessuto cellulare divenuto gangrenoso, ch' essa mostravasi isolata come se fosse stata dissecata dallo scalpello di esercitato anatomico.

trefazione di parti stendesi talvolta profondamente, ed un grande guasto ha luogo nelle parti attorno l'intestino retto con poco, o nessun precedente dolore, tumore od infiammazione.

9.° L'ascesso trovasi talvolta combinato con malattia dell'osso sacro, o delle vertebre, ed è naturalmente al di là della portata dell'operazione.

Ascessi del muscolo psoas talvolta si fanno strada in basso, e si mostrano ai lati dell'ano.

Il Lettore dopo aver percorse queste osservazioni ne trarrà questa conclusione; che oltre la vera fistola, riscontransi in vicinanza dell'ano molte altre malattie, l'origine delle quali risiedono o nella costituzione, o nella particolar natura delle parti, o in entrambi unitamente, e che per conseguenza la medicazione di queste vuol essere diretta da principii diversi.

Io mi do a credere che lo stato delle intestina, il quale favorisce la formazione di una fistola, sia questo: una lentezza, ed irregolarità nella funzione di tutto il canale, accompagnate dal torpore generale de' visceri addominali, aridezza e difetto di secrezione

nell' intestino retto, un difetto d' azione nel medesimo, e in conseguenza di ciò una non ordinaria resistenza dello sfintere dell' ano durante l' espulsione delle fecce. Ne segue allora ingorgamento nelle vene che sono attorno all'estremità dell'intestino, infiammazione ed inspessamento del contorno dell' ano, di modo che l' estremità dell' intestino trovasi in uno stato quasi prossimo a quello di stringimento.

Questo stato continuando vi si eccita una irritazione nell' intestino retto, e si forma suppurazione all' esterno delle tonache del medesimo; la materia dell' ascesso si presenta al contorno dell' ano; e forma seni attraverso la sciolta cellulosa membrana di questa parte; l' ulcero fassi strada verso l' intestino, e vi stabilisce una comunicazione coll' ascesso, questo si apre alla superficie, e la fistola dell' ano è completa.

Quando la fistola comunica coll' intestino retto primachè siasi fatta un' apertura attraverso gl' integumenti, è stata chiamata fistola interna, o cieca, della quale gl' indizj sono questi: lo sterco sorte con difficoltà, ed offre alla sua superficie delle striscie di marcia; nell' esaminare il contorno dell' ano

sentesi una durezza, che comprimendola esce marcia dall' estremità dell' intestino. Introducendo il dito nell' ano, sentesi l' intestino cedere morbosamente, e la materia essendo evacuata, la membrana dell' intestino sprofondasi nel cavo dell' ascesso. La malattia è accompagnata da dolore, e tumefazione all' estremità dell' ano, la quale diminuisce tosto dopo il secesso, evacuandosi in questo frattempo l' ascesso nell' intestino.

Non sì tosto un Chirurgo, tuttochè novello, ha introdotto un dito nell' ano, nel caso di fistola completa, ed ha sentita la constrizione dell' orifizio, o esplorata collo specillo la profondità del seno aperto accanto dell' ano, e lo ha trovato scorrere sulle sottili tonache dell' intestino, che vede l' impossibilità di mettere a nudo le parti morbose con alcun' altra forma d' incisione, che col tagliare il muscolo sfintere alleviandone la constrizione, e facendo del seno, e dell' inferior parte dell' intestino una sola superficie.

Operazione.

1.° Si evacuino, e si rendano libere le intestina prima dell' operazione; un po' avanti

di questa, si dee anche a quest' uopo prepararlo con un clistere.

2.° Si collochi il malato col dorso volto alla luce, e gli facciasi piegar il tronco, e appoggiar il capo su d' un basso letto o su d' una sedia; oppure si situi come per l' operazione della litotomia, colle natiche elevate e sostenute da un guanciale, e colle gambe tenute scostate.

3.° Nel primo caso, noi dobbiamo esaminare la direzione, e l' estensione del seno, introducendo lo specillo piegato come per rintracciar ogni andirivieni che potrebbe essersi fatto.

4.° L' operazione vorrebb' essere differita se vi fosse molta irritazione ed infiammazione; e l' ammalato nello stesso tempo dovrebbe venir preparato con rimedj rattemperanti, col riposo, con blandi lassativi, con cataplasmi, o fomentazioni alle parti, finchè siasi calmato lo stato d' irritazione.

5.° Essendoci noi fatta un' accurata idea del seno o dell' ascesso, introduciamo il dito indice della mano libera unto d' olio nell' intestino, e movendo la punta dello specillo sul fondo dell' ascesso attiguo all' intestino, sentesi questa col dito, e si farà penetrare

nel foro di comunicazione che v'è tra questo e la cavità dell' ascesso. Ci resta ora ad esaminare se la malattia non si estende al di là del foro dal canto dell' intestino.

6.° L' operazione è affatto semplice in queste circostanze. Una tenta solcata viene sostituita allo specillo, facendola penetrare nell' intestino. Lungo questa si conduce un bistorino con bottone in punta sinchè viene ad urtare contro il dito, ed allora si estrae la tenta. Il dito e la punta del bistorino essendo nell' intestino insieme combinati e a stretto contatto, debbonsi estrarre, ed in questa maniera la parte frapposta tra l' intestino ed il seno ne resta tagliata.

7.° Per introdurre il bistorino non havvi necessità di prima introdurre la tenta solcata, perchè colla punta del bistorino tasteggiando contro il dito posto nell' intestino, si potrà egualmente trovare la comunicazione, e medesimamente il cominciare da questa, non basterebbe se noi fossimo sicuri di lasciare nudo l' intestino in quel sito, e dovremmo estendere l' incisione sin dove sentesi una sola sottil membrana tra lo specillo, e il dito. In quest' operazione raramente vi abbisognano instrumenti oltre il bistorino con

bottone, lo specillo, e la tenta solcata (*). Se l' ammalato rifiuta di ammettere un'assistente, e fa d' uopo di perforare la parete dell' intestino, dovrà usarsi il bistorino a fistola, che è l' unione del bistorino acuto con quello a bottone.

8. Alcune volte la fistola dell' ano non è in vernn conto sì semplice come io la ho descritta; ma per lo contrario oltre i seni comunicanti coll' intestino scorrono callosi seni nel perineo, e verso le anche, che noi dobbiamo procurare di mettere allo scoperto, esportando i margini che risultano dalle incisioni sui tegumenti. Quando essi penetrano profondamente, dobbiamo dilatare l' apertura esteriore, affine d' indurvi un' azione nella loro superficie, dopo del che procureremo di promuovere una buona suppurazione, ed il

(*) Non saprei bene per qual ragione l' Autore nell' operazione della fistola all' ano, non faccia parola del *gorgeret* di legno, col quale non v' ha dubbio che si possa procedere al taglio di una fistola, in cui non può più giungere la guida del dito. Io consiglio di farne uso, tanto più volentieri, perchè il mio collega Geri Professore di operazioni chirurgiche estende l'uso di questo *gorgeret* ad ogni caso di fistola all' ano.

pullulamento di bottoncini carnosi dal fondo del seno.

Quando la fistola è interna, si fa completa spingendovi un lancettone nel punto ove si sente la durezza, essendo questa l'indizio del fondo di essa. Ma sarà meglio, dopo essersi accertati della natura della malattia, il procurar di rinvenire l'apertura dell'intestino, la quale in questo caso, essendo unica, è ordinariamente un po' ampia.

Si fa questo introducendo uno specillo avente alla sua estremità una quasi totale ripiegatura su se stesso, per l'estensione d'un pollice o più. Lo specillo è portato sul dito indice, e là dove il dito sente l'ineguaglianza, o il duro orlo di comunicazione, vi s'insinua l'estremità dello stromento, ed allora ritirato lo specillo, la punta toccasi ai lati dell'ano, e col bistorino si taglia sulla medesima. La fistola allora essendo completa, l'operazione verrà eseguita portando il bistorino a bottone sulla guida dello specillo, e facendo una sola cavità dell'intestino, e del seno.

Se nell'esplorare la fistola si sente nudo l'intestino e lo specillo toccasi distintamente col dito; possiamo spingerlo a traverso l'intestino, e procedere nella stessa guisa,

come se qui vi fosse stata una comunicazione.

Operazione senza usare il bistorino.

Varii metodi sono stati in uso, come appare dai più antichi Scrittori, per curare la fistola dell' ano senza tagliare col bistorino; ed alcuni continuano ad essere in uso per l' orrore che di sua natura imprime lo stromento tagliente.

Havvi una maniera di medicare la fistola con escarotici rimedii portati verso l' intestino, i quali alla fine non senza molestia, e dolore riducono la piaga fistolosa, e l' intestino in una sola cavità.

Il metodo di operare colla legatura può essere sostituito all' operazione fatta col taglio. In alcuni casi è eziandio preferibile: un operazione colla legatura era già descritta da Celso, e continua ad essere praticata da alcuni empirici. Il metodo di Foubert è da preferirsi in alcune costituzioni all' operazione eseguita col taglio, specialmente quando v'abbisognano d' altra parte ampie incisioni. L' operazione di Foubert consisteva in far passare un pezzo di filo di piombo nella fistola, trarlo

fuori per l'ano, e attorcigliando il filo gradatamente, tagliare le parti poste tra il foro fistoloso, e l'ano. Il Chirurgo industrioso non troverà difficoltà alcuna nell' introdurre il filo metallico. Prendasi il seguente metodo per norma :

Operazione col filo metallico.

Abbiasi una piccola cannula d' argento incurvata verso un' estremità, e di quel calibro preciso, che possa lasciarvi scorrere dentro un pezzo di filo di piombo. Abbiasi uno specillo adattato alla cannula d' argento in modo che la punta del medesimo sporga dall' estremità della cannula, ed esso vi sia ben aggiustato, e ben forbito.

1.° Introducasi la cannula collo specillo nell' apertura fistolosa; 2.° Portisi il dito della mano sinistra nell' intestino; 3.° Cerchisi colla punta dello stromento il foro di comunicazione tra la cavità fistolosa e quella dell' intestino, ed introducasi l' estremità dello stromento per quel foro; 4.° Ora ritirisi lo specillo, e si sostituisca il filo di piombo; 5.° Si porti una seconda volta il dito della mano sinistra nell' intestino, e colgasi l' estremità del filo

metallico coll'ultima falange del dito, e spingasi in basso finchè appaja all'ano; si ritiri allora la cannula; 6.° Non altro rimane, che attortigliare gli estremi del filo, e avvilupparli in un cencio.

La medicazione consiste semplicemente nell' attortigliare il filo alquanto ogni giorno, in modo che alla fine esso tagli le stesse parti che sono divise nell' operazione fatta col bistorino. Quanto più dolcemente, e più gradatamente si andrà stringendo, tanto minore sarà il dolore che l'ammalato dovrà soffrire, ma più lenta ne sarà la cura.

Comunicazioni fistolose tra l' intestino retto, e la vagina.

Nelle donne osservasi talvolta un ben grave malore della natura della fistola dell'ano. Formasi una comunicazione tra l'intestino retto, e la vagina. Questa malattia ordinariamente deriva da corpi stranieri arrestati in questo intestino, o da qualche ingiuria ricevuta nel travaglio del parto. Dopochè la malattia è stata esaminata, ed ogni sorgente d'irritazione è stata tolta, ossa o gusci essendone la causa, io penso, che col mezzo di scarificazioni e medicazioni adatte, la fistola potrà

guarirsi; oppure potrà forse essere vantaggioso il fare un taglio all' apertura fistolosa dell' intestino retto, senza fare di questo, e della vagina una sola cavità; od anche si potrebbe passarvi un setone dall' intestino retto alla vagina, il quale impedisca l' arresto delle materie, ed ecciti la piaga alla guarigione.

Si potrebbe ancora immaginare di trarre dolcemente questo setone, legandone insieme i due estremi, abbracciando nella legatura un ripiego di compresse in guisa che queste trovinsi contro il perineo. Se in ciò fare troviamo che l'ulcero si va consolidando d'alto in basso, a misura che il setone s'addentra inferiormente nelle parti, possiamo procedere finchè tutto il tramezzo sia tagliato (*).

(*) Essendo manifesti gli effetti della compressione nella cura dei seni e delle fistole sempre quando la parte ne permette l' applicazione, non pare fuori di proposito l' uso di un pessario di gomma elastica nel caso di fistola vesico-vaginale, o retto vaginale, onde impedire il passaggio dell' orina nel primo caso, e quello delle fecce intestinali nel secondo; la qual cosa ottenendosi, in grazia della leggiera flogosi eccitata dalla continuata pressione fatta dal pessario, ne può risultare la compiuta cura della fistola.

Operazione per la fistola lagrimale.

La fistola lagrimale è una malattia delle vie lagrimali. In quella specie che può chiamarsi completa havvi ostruzione del condotto che conduce le lagrime al naso, ed un'apertura fistolosa, dalla quale sortono le lagrime ed il pus in vicinanza dell'interno angolo dell' occhio; l'ammalato lagnasi soltanto di debolezza di vista; l'occhio è lagrimoso, e ad ogni leggiero stimolo, le lagrime cadono sulla guancia, la quale trovasi talvolta escoriata; la narice del lato offeso è asciutta. Ma questa malattia non ammette una descrizione sotto forma di definizione; comunemente parlando, noi chiamiamo col nome di fistola lagrimale tutti i varii gradi della malattia delle vie lagrimali, i quali potrebbero finalmente terminare in un'apertura fistolosa con uscita delle lagrime.

1.° Il primo stato della malattia è questo: l'occhio è considerevolmente infiammato, ed irritabile; gli orli delle palpebre sono tumidi; e le ghiandole separano l'umor loro abbondantemente; la membrana interna della palpebra inferiore è assai rossa, e osservansi

nel rivolgerla fiocchi di muco; gl'integumenti sovrapposti al sacco lagrimale sono distesi e pastosi, e facendovi una pressione col dito ne sorte muco e pus dai punti lagrimali. In questo grado di malattia, che così si mostra, non v'è ragione di supporre, che siavi un' ostruzione nel canal nasale; la malattia è una generale infiammazione della membrana che investe le palpebre, e tapezza i punti, i condotti, il sacco, ed il canal nasale, la quale membrana è divenuta straordinariamente vascolosa e spongiosa.

Il mezzo il più conveniente contro sì fatto stato delle vie lagrimali, si è il procurare di opporsi, e di abbattere questa generale tendenza ad una cronica infiammazione della membrana mucosa, e de' condotti lagrimali. Questo non è il luogo d'entrare in questo soggetto; ma siami permesso di richiamare alla mente del leggitore, ch' egli non farà cosa alcuna di bene, se non procura di scoprire il vizio della costituzione, o l'accidentale sconcerto del viscere che ha prodotta l' infiammazione nella membrana mucosa dell'occhio. In ajuto alla cura principale fatta con injezioni astringenti, o collirii, si può impiegare per il rilasciamento della mem-

brana nel caso d'escoriazione e gonfiamento delle palpebre la pomata citrina con tuzia preparata; ed il sacco, ed i condotti terrannosi sbarazzati, facendo sortire colla pressione il muco, ed injettando qualche adatto liquore, finchè questo passi nel naso.

2. Quando non havvi soltanto l'occhio lagrimoso con tumidezza delle palpebre, ma havvi eziandio il tumore distinto del sacco lagrimale, e la escoriazione delle gote del lato affetto, debbesi tentare di rendere pervio il canal nasale. In questo grado di malattia non pare ben ragionàta la pratica di tentare che si ridoni fermezza e resistenza al sacco, che si faccia contrarre su se stesso aprendolo, e riempiendolo in appresso con filaccia od altra cosa. Questo sarebbe lo stesso che se il Chirurgo continuasse a scarificare e medicare una fistola al perineo, dopo aver riconosciuto che da essa sorte l'orina, e che havvi un'ostruzione nell'uretra. Le sole questioni a decidersi prima dell'operazione sono queste. 1.° La malattia è dessa dovuta alla generale spongiosità ed inspessamento della membrana mucosa? 2.° Questo stato generale morboso ha egli terminato in una particolare stringitura, o chiudimento del ca-

nal nasale? oppure havvi stringitura o chiudimento del condotto che sia stato la causa primaria de'sintomi, e mantenga ancora lo sconcerto?

Ma anche la soluzione di queste questioni non è di grande importanza, perchè se si tratta di fare un' operazione, l' operazione intiera non è nè più grave, nè più incomoda di un tentativo più parziale consistente nel tagliar il sacco, riempirlo di filaccia per farlo contrarre su se stesso. Se una più generale malattia della membrana prevalesse, od anche, se fosse provato che lo sconcerto constituzionale ne sia la causa originaria, questa circostanza c' insegna ad essere cauti ed intenti a correggere la leggiera, e cronica infiammazione della superficie, dopo che il corso delle lagrime è ristabilito, e durante la cura stessa a dirigere la nostr' attenzione alla cura locale, e generale (*).

(*) Mi giova osservare quanto l' Autore s' accosti su quest' oggetto all' opinione del Cav. SCARPA, il quale costituisce la medicazione della congiuntiva palpebrale, qual punto essenziale di cura in pressochè ogni grado di fistola lagrimale (Saggio di osservazioni e di esperienze sulle principali malattie degli occhi, *Pavia* 1801, e l' *appendice* a piè del vol. 2.° della quinta ediz. *Pavia* 1816).

Tra gl' incomodi che accompagnano questa malattia, molti sono l' effetto dello stimolo che viene propagato all' occhio dallo stato suppurante del sacco lagrimale; e ciò ancora è una conseguenza dell' assorbimento che si fa continuamente per i punti lagrimali dopo che il condotto è ostrutto; perchè se il sacco fosse obliterato, e non vi fosse originariamente malattia nelle membrane dell' occhio, una grande parte dell' irritazione, ed anche la lagrimazione dell' occhio diminuirebbero assai; e se i punti lagrimali fossero chiusi, l' infiammazione del sacco diminuirebbe, perchè non ha più luogo l' irritazione indotta dalle acri lagrime. Secondo questa idea è stata dapprima tenuta quale operazione regolare, il procurar l' obliterazione del sacco, ed il supplire alla mancanza del medesimo. Questo metodo col rimovere la causa principale d' irritazione alleggerisce l' occhio lagrimoso, e lo porta al semplice caso dell' ostruzione del condotto, la quale quando non è accompagnata da suppurazione, non produce che pochi incomodi.

Ciò non pertanto lo scopo dell' operazione seguente è lo ristabilire il corso delle

lagrime nelle narici, e di guarire intieramente la malattia;

1.° Si collochi l' ammalato dirimpetto al Chirurgo, e siano ambidue posti a sedere. Il capo del malato appoggi sul petto d' un assistente, il quale gli sta dietro. Il Chirurgo applica il pollice sulle palpebre, e le distende dall' interno all' esterno angolo, in guisa tale che il piccolo tendine del muscolo orbicolare rendasi assai apparente. S' incomincia l' incisione col piantare un piccolo bistorino acuto immediatamente sotto questo tendine e rasente il medesimo, facendo descrivere una linea semicircolare all' incisione, seguendo la curvatura dell' orlo dell' orbita.

2.° Avendo fatta quest' incisione agl' integumenti, si spinge la punta del bistorino più profondamente, affine di penetrare nel sacco, e si fende verso il centro.

3.° Se l' apertura fistolosa fosse libera abbastanza sarebbe meglio l' introdurvi un piccolo specillo, e sulla traccia di questo portare un acuto bistorino per aprire il sacco. Il resto dell' operazione consiste nel perforare l' osso con un acconcio stiletto.

4.° Pria d' ogni cosa nel perforare l' osso, noi dobbiamo essere guardinghi, che la punta

dello stromento sia nel sacco lagrimale prima che si faccia la perforazione; poichè altrimenti, come so essere succeduto, la consecutiva medicazione servirebbe soltanto per obliterare il sacco, ed a chiudere, cred'io, i condotti che portano le lagrime assorbite dai punti lagrimali.

5.° Ora se il giovine Chirurgo non si risovvenisse perfettamente della connessione dell'osso unguis col processo nasale dell'osso mascellare superiore; e s'egli portasse la punta dello stromento direttamente nel naso, correrebbe il rischio d'incontrare il resistente processo dell'osso mascellare. Ma se dopo essere penetrato nel sacco lagrimale, e per conseguenza dopo averne portata la punta dello stromento al di là dell'orlo dell'osso mascellare, che forma il margine dell'orbita verso il naso, la dirige obliquamente in basso, ed in dentro, viene a cadere sulla sottile lamina dell'osso unguis, tenue quanto un foglio di carta, ed egli troverà questa parte dell'operazione affatto semplice. Tenendo il manico dello stromento inclinato sul processo nasale dell'osso mascellare, e avanzandone la punta, essa perforerà questa sottile laminetta dell'osso unguis, ed allora si dovrà rivol-

gere alquanto verso la cavità del naso, affine di entrare precisamente davanti le cellule dell'osso etmoide, e sopra l'osso turbinato inferiore. Si conosce che si è seguita una giusta direzione collo stromento dall'assai leggiera resistenza che s'incontra, e dello scolare di poche goccie di sangue dalla narice, o dal suo cader nella gola, secondo che la testa sarà inclinata indietro, o in avanti.

6.° Ritirato lo stiletto vi si sostituisce un pezzo di filo di piombo. Questo, dopo lasciato per lo spazio di otto o quindici giorni, s'estrae e vi s'introduce in sua vece un pezzo di candeletta. Nel corso di due mesi, quando il foro è divenuto come quello di un naturale condotto si toglie la candeletta e si permette alla ferita di cicatrizzarsi; e le lagrime che, durante tutto questo tempo, sono state assorbite per i punti lagrimali, e portate nel sacco, e sonosi insinuate ai lati della candeletta nel naso, continuano, estratta questa, a discendere per detta nuova strada nel naso.

La cura sarà compita quando l'occhio non offrirà maggior umidità di quella che è propria allo stato suo naturale, e la narice del lato affetto, che era prima asciutta, troverassi egualmente umida che quella dell'altro lato.

Quest' operazione sommette l' ammalato per un lungo tempo alla cura chirurgica; e dà luogo ad una considerabile infiammazione e suppurazione mantenuta dal filo di piombo, o dalla candeletta.

Il metodo seguente è del sig. WARE. Avendo aperto il sacco, o supponendolo aperto da ulcerazione, egli introduce l' estremità tonda di uno specillo d'un diametro più piccolo dello specillo comune, e lo spinge bel bello, e fermamente nel tragetto del natural condotto; sormonta con violenza l' ostruzione, e porta lo stromento nel naso per il condotto nasale. La compita discesa della punta dello specillo nel naso lo farà affondare d' un pollice ed un quarto.

Lo specillo essendo estratto, s' introdurrà un piccolo specillo d'argento della grossezza incirca di questo, e coll'estremità superiore appianata per prevenire la sua caduta nel naso, e in questo modo l' operazione è compiuta. Questo piccolo stiletto portato nel naso, conserva in istato di permeabilità il condotto, mentre l'estremità superiore essendo coperta con un po' di cera nera, o con un pezzo di cerotto glutinoso, presenta tutta l' apparenza di un neo ordinario.

Quest' operazione è ingegnosa, mentre la sua semplicità ne assicura il successo. Essa non è accompagnata da una grave infiammazione, e da una grande quantità di suppurazione, la quale accompagna talvolta l' uso della candeletta nell' operazione testè descritta, e non danneggia perciò col chiudere la superior parte del sacco, od i punti, mentre non havvi mai nè rattenimento di suppurazione, nè bisogno di ruvida medicazione.

Pochi però sono quelli, che vogliono sottomettersi ad un mezzo palliativo, qnal è quest' operazione, quando ci proponiamo di lasciare a permanenza lo stiletto nel naso; e se l' operazione fosse eseguita coll' intenzione di toglierlo via, e di chiudere il sacco, io raccomanderei, che ciò si facesse nel modo prima descritto, cioè col perforare l' osso unguis, e quindi col sostituire lo stiletto alla candeletta, nella speranza che l' ammalato sia per sommettersi più lungamente all' uso di esso. Con questo metodo, mentre il malato sente sollievo durante la cura, egli ha una maggiore fiducia di restarne perfettamente guarito al termine della medesima.

Dacchè si è trovato, che il nuovo canale è più facilmente stabilito del vecchio, perchè

non combinare assiememente i mezzi di cura? Si perfori l'osso, ed in luogo del ruvido pezzo di filo di piombo, se ne porti uno, che più rassomigli allo stromento del Sig.r WARE, e venga portato dall'ammalato con minor deformità ed incomodo.

Qualunque poi sia l'operazione eseguita, dobbiamo a dati tempi ritirare la candeletta, o lo stiletto, e nettare il passaggio per mezzo d'injezioni fatte con un piccolo schizzatojo. Ciò impedisce, che le materie soggiornino, e che si formino nuovi ascessi (*).

Da quanto si è detto sopra, si può di già aver compreso, che durante la cura, noi dobbiamo diligentemente far attenzione allo stato della congiuntiva, ed a quello della generale secrezione dell'occhio.

Ben vede per ora il Lettore, che non v'è nella moderna pratica cosa alcuna che porti

---

(*) Tra i metodi di curare la fistola lagrimale merita menzione quella del caustico già proposto dal NANNONI, ed ora esclusivamente praticato dal VOLPI. Esso consiste nel portare dei minuzzoli di pietra caustica sul fondo del sacco, riunovandoli fintantochè siasi fatta cariosa una porzione d'osso unguis, e questa siasi distaccata per dove stabilire una via artificiale alle lagrime.

un'evidente superiorità sull'operazione di Whaten; la quale consiste nell' introdurre un piccolo tubo d' oro nel condotto, e procurare la cicatrice del foro fistoloso sul medesimo: se il tubo alla fine cadesse nel naso, non avrebb' egli quest' accidente effettuata una cura tanto sicuramente quanto lo stromento del Sig.r Ware?

Scarpa raccomandò particolarmente che il sacco fosse medicato con escarotici portati sul fondo del medesimo. La presenza della candeletta nel canale è sufficiente ad infiammare, e ridonare la dovuta tonicità al sacco. Egli insegnò pure esser necessario il cauterio attuale per distruggere l' osso unguis, quando debbesi stabilire una nuova strada alle lagrime; io credo poter affermare con confidenza, che ciò non è mai necessario, e che cotesto cauterio vuol essere escluso dal numero de' mezzi da impiegarsi.

Operazioni per la fistola salivare.

La fistola salivare è di una natura affatto differente da quella che noi abbiamo ora esaminata. Essa non è già la conseguenza di ostruzione de' naturali condotti, ma bensì

di una ferita, o di un ulcero, il quale apre il condotto, ed apre l' uscita alla saliva, che dovrebbe essere portata nella bocca. La fistola salivare è più particolarmente l' effetto di una ferita della guancia nella quale venga reciso il condotto stenoniano.

Occorre distinguere la fistola salivare che ha luogo per la ferita della ghiandola parotide, da quella che dipende dalla lesione del condotto.

La fistola della ghiandola parotide si conosce dal sito che occupa; l' apertura di essa trovasi avanti l' orecchio, ossia sul condilo della mascella inferiore, e la natura della ferita si distingue dalla limpida saliva, che ne sorte, e dall' aumento dello scolo nel tempo che si prendono alimenti. Per guarire questa specie di fistola, è soltanto necessario di ridurre l' apertura in ulcero con rimedii stimolanti, e caustici, e di fare una compressione sulla parte con accuratezza, e perseveranza.

La fistola del condotto stenoniano è una malattia molto incomoda; questa egualmente che quella della ghiandola, è cagionata da una ferita della guancia, che divide il condotto, e per conseguenza la saliva scola dalla ferita,

impediendo a questa di chiudersi, e formandone una gocciolante e fistolosa piaga. Quando l' ammalato sta mangiando o parlando, lo scolo della saliva è più che mai abbondante, ed incomodo.

In una recente divisione del condotto, per una ferita penetrante la spessezza della guancia in vicinanza della sua terminazione, noi non abbiamo che far attenzione nel porre in uso la sutura intortigliata, che la cute della guancia venga esattamente unita, mentre si lascia libero l' interno della ferita, che riguarda la bocca per lo scolo della saliva dal condotto. Quando si fa questa riunione, il condotto talvolta si consolida di bel nuovo, o quantunque ciò non succeda, tuttavia se la cute sì è ben unita, la saliva si farà strada nella bocca.

Più sovente per altro, il caso si presenta sotto la forma di un foro fistoloso, da cui sorte la saliva, per il quale sono stati fatti vani tentativi coll' uso di sostanze escarotiche, e con apparecchi compressivi. Il condotto può trovarsi diviso nel suo passaggio sul muscolo massetere, e senza penetrazione della ferita nella bocca.

Operazione.

In questo caso, il primo oggetto sarà lo stabilire un' apertura nella bocca. Questa si compierà opportunamente portando un ago munito di un setoncino, il quale si farà scorrere dall' apertura fistolosa in avanti, cioè tra gl' integumenti della guancia, ed il muscolo massetere, perforando il muscolo buccinatore per condurlo in bocca. Il setone di filo si dee lasciare per lo spazio di due, o tre settimane, primacchè la fatta comunicazione siasi convertita in un canale fistoloso. Quando la comunicazione tra l' apertura della guancia, e la bocca è stabilita, si può procedere alla seconda parte dell' operazione, la quale consiste nel far chiudere l' esterna apertura. A questo fine, vi s' esige un delicato regolamento nel maneggiare questo setone. Esso non dee venir estratto in un colpo, ma si tirerà con un filo, o con un capello dal canto della bocca in guisa a lasciarlo ancora nella interna parte del canale, mentre non dee più essere tenuto a traverso gl' integumenti della guancia, ma soltanto un sottil filo attaccato a questo penderà dalla ferita esterna. Con

questo mezzo si mantiene aperta la strada della bocca, mentre l'esterna apertura si restringe; quando il foro della guancia è addivenuto assai piccolo, taglisi il filo rasente al medesimo, spingasi dentro, oppure si tragga un poco il setone dal canto della bocca finchè il filo scompaja dall'apertura esterna; ma si lasci rimanere il setone nell'interno del tragetto stabilito finchè siasi chiusa l'apertura esterna. Si può favorirne la cicatrice mediante rimedii topici eccitanti, e adatta compressione

Quest' operazione del setone può venir eseguita coll' ulterior precauzione di incidere i margini del foro fistoloso col bistorino, e di riunirli per mezzo della cucitura intortigliata.

Le varie circostanze del caso possono ammettere un metodo di cura affatto diverso, quello cioè d'introdurre un piccolo tubo nel condotto. Il primo tentativo sarà lo insinuare un piccolo specillo d'argento dal canto della bocca nella naturale apertura del condotto e il dilatarlo, se si fosse ristretto a cagione della preceduta interruzione di permeabilità del medesimo; quindi si sostituisce un piccolo tubo, il quale introdotto dalla bocca s'innol-

trerà alcun poco in quella parte del condotto che scarica la saliva sulla guancia.

Finalmente, mentre il tubo è ritenuto al suo sito, gli esterni margini della ferita debbono essere cambiati in piaga recente, ossia tagliati, ravvicinati, ed uniti. In tentando di far cicatrizzare l'apertura fistolosa della guancia, vi sono due cose degne d'attenzione; la prima è, che la compressione debbe cadere dietro la fistola come per prevenire il corso della saliva; l'altra si è, che la mascella vuol essere tenuta in perfetto riposo.

Io preveggo, che potranno capitare alcuni casi, ne' quali sarà necessario di variare il procedimento dell'operazione, ma i principii dietro ai quali farà d'uopo operare, sono per se stessi evidenti; epperciò ogni modificazione verrà commessa al genio dell'operatore.

Ranula.

Quest' è un tumore situato nella bocca, che impedisce il movimento della lingua, e rende la voce fiocca, simile a quella di un ranocchio; alcuni credono, che gli sia stato dato questo nome, perchè rassomiglia al ventre di cotesto anfibio.

La *ranula* è un tumore alquanto trasparente, giacente sotto la lingua, e nel suo incominciamento, ad un lato del freno della lingua. Essa è descritta come avente la sua origine nell' ostruzione delle ghiandole salivari; e secondo questa opinione non è punto limitata alla sede della ghiandola sottolinguale, ma appare talvolta nella gota nel sito della ghiandola parotidè, ed allora è meno elastica, e più vascolosa. Viene descritta come un tumor che incomincia senza dolore, che non ha seco altro incomodo tranne il senso di distensione. Tale appunto fu il racconto degl' ammalati, che io visitai aventi questo tumore; ma io so, che un' ostruzione de' condotti salivari è un' affezione veramente dolorosa, e così particolare per il dolore, e la distensione delle ghiandole salivari, sottolinguali, nell' assaggiar aromatici alimenti, e nell' atto della contrazione dei muscoli della mascella, che l' ammalato non potrebbe a meno d' accorgersi del cominciamento della malattia.

Noi diciamo, che la ranula è un tumore semitrasparente simile al ventre d' un ranocchio appiattato sotto la lingua; sonvene però due specie, una che prende origine dalla distensione del condotto salivare, l' altra, che

non è, se non un semplice tumore cistico. Io penso ch' elleno sono state molto assiememente confuse. Se noi definiamo la ranula un tumore fatto dalla distensione de' condotti salivari, allora non si può dire, che questo sia sempre sotto la lingua, ma esso è anche comune agli altri condotti. Io vidi questo tumore in un bambino, e lo credo frequente nell' infanzia, il quale tumore era prodotto dall' ostruzione del condotto. Negli adulti, trovasi talvolta complicato, e traente la sua origine da calcoli salivari posti all' orifizio del condotto.

Quando riscontrasi nel suo sito più ordinario, cioè sotto la lingua, e va aumentando di volume, spinge in addietro la lingua, e cagiona difficoltà nel trangugiare, e nell' articolar le parole (*); e ne' bambini esso impedisce il succhiamento.

(*) Tenendo io le veci del Professore Geri all' Ospedale di S. Gioanni Battista nell' anno scorso 1816, osservai un tumore di siffatta natura, il quale sotto la forma di un grosso pero sporgeva fuori della bocca in un giovinetto di 16 anni circa, il quale tumore colla sua pressione già aveva rovesciati i denti canini della mascella inferiore, ed aveva pure rivolto in fuori lo stesso suo arco alveolare.

Egli apparirà, che questo è talvolta un tumore più sodo di quelli, che io ho visti, in guisa tale che il tumore, collo sporgere in avanti ha smossi i denti, ed ha spinta in addietro la lingua al punto di cagionar difficoltà di respiro. Quando presentasi su d' una guancia s' innoltra sotto l' arco zigomatico, ed impedisce il libero movimento della mascella.

La pratica vuole, che questi tumori vengano ampiamente aperti. A meno che l'incisione sia ben ampia, essi si riempiscono di nuovo. Nel loro ritornare, sovente perdono la loro trasparenza, ed a cagione della necessità delle frequenti punture, ne risulta una spessa e carnosa saccoccia, che esige seppur fosse possibile, una totale estirpazione.

Aperto questo tumore ne uscì un oscuro sieroso umore, e andò poscia gradatamente raccorciandosi, e rientrando in se stesso in modo che nello spazio di due settimane potè rimanere a permanenza nella cavità della bocca, e la lingua riadattarsi alquanto sulle raggrinzate sue pareti; e se l'ammalato non fosse uscito prima di tempo dall' ospedale, si sarebbe pur anco tentata un'adatta pressione onde ricondurre alla sua naturale direzione l'arco alveolare della mascella inferiore.

Si formano calcoli ne' condotti salivari; talvolta essi risiedono vicino all' orifizio del condotto senza produrre tumore, ed allora colla punta d'una lancetta portata sull'estremità del condotto, si mettono a scoperto, e possono essere estratti colle tanagliette; anche talvolta il calcolo produce molta irritazione, e quindi dà luogo alla formazione di una cisti suppurante. Dopo l'estrazione del calcolo, si può consigliare l'injezione d'un liquore leggiermente astringente, impiegando a tal uopo lo schizzatojo che s'impiega per la fistola lagrimale.

Degli ulceri fistolosi.

Io considero la vera fistola come malattia affatto distinta dai seni callosi che sono la conseguenza di una ferita, o di un ulcero. Dalla fistola, così propriamente chiamata, ne scola preternaturalmente orina, saliva, lagrime, materie fecali. Io non credo, che il nome di fistola possa essere derivato da ciò, che l'ulcero rassomigli ad un tubo, ma piuttosto perchè cola copioso umore dall' ulcero, (forse da *fundo*). Tuttavia la distinzione in fistola propriamente detta, ed

in seni callosi, è praticamente esatta, e necessaria. Nella vera fistola, senza togliere la causa, la cura e generale, e locale non riuscirà di alcuna utilità: mentre ne' seni callosi, se dentro non evvi corpo straniero, l'attenzione nostra debb' essere principalmente e prima di tutto diretta al disordine del sistema.

Una collezione di pus, la quale non abbia alcuna esterior apertura, è ciò che dicesi ascesso, il quale scoppiando, e le sue pareti contraendosi, addiviene un ulcero. Quando l'apertura di quest' ascesso conduce in istrette cavità, dicesi seno; e quando il seno resta stazionario, e le sue pareti fannosi callose, e separano una sottile materia, il seno è diventato fistoloso, rassomigliante in qualche maniera alla vera fistola.

Questo cambiamento è talvolta l'effetto di cattive, o neglette medicazioni; ma più sovente è prodotto dall' intemperanza, o sregolatezza dell' ammalato nel modo di vivere, dalla sua debolezza, o dalla disordinata constituzione. Epperciò prima di pensare ad aprire questi seni, l'attenzione del Curante debb' essere rivolta alla condizione del ma-

lato ; forse vi troveremo ragione per attribuire gran parte all' aria impura, e rinchiusa, alla cattiva medicazione, all'improprio, e malsano regime di vitto ; oppure osservando la pallidezza del suo volto, la notturna sua condizione febbrile, lo stato delle intestina, si dovranno correggere, e regolare le loro secrezioni, prima che si venga all' uso del bistorino.

La cattiva suppurazione, che succede ad una infiammazione erisipelatosa, talvolta distrugge il tessuto cellulare, e quando questo sen sorte disotto la cute in putridi fiocchi, vi rimane un ulcero sinuoso, o fistoloso : invece di farvi un' apertura come si fa in un ascesso, o di esportare la porzione affetta della cute, dobbiamo applicarci ad esaminare la constituzione dell' ammalato, e cercare le prime cause dello sconcerto di essa ; poichè, se si trattasse di un abitante di Londra, le passioni d' ogni genere, e ad un tempo la respirazione d'aria poco ventilata, possono averne alterata la costituzione ; se si trattasse d'un soggetto, che venisse dall'oriente, o dall' occidente, o dalle regioni paludose di Walcheren, o avesse comportate dure fatiche di guerre come quelle di Spagna, noi dovrem-

mo rivolgere le nostre viste in addietro alle febbri, da cui si è poco innanzi riavuto, ed alle fatiche, ed alle privazioni, che ha sofferte, e rintracciare la cagione dell'alterata sanità.

Digitized by Google

SEZIONE TERZA.

Operazioni per togliere naturali difetti.

Fimosi.

Il prepuzio trovasi talvolta difettoso nella sua originale formazione. Io vidi un fanciullo con un orifizio sì stretto, che l' orina non potea sortir liberamente, di modo che quando egli orinava, il prepuzio gli veniva disteso come una vescica. Per un sì fatto vizio di conformazione, debbesi praticare l' operazione del *fimosi*. Accade sovente, che l' orlo del prepuzio è stretto, ed inelastico al segno d' impedire, che il ghiande si scopra: questa è pure una causa, per la quale l' ammalato giunto all' età pubere, addimanda di essere liberato dal suo incomodo.

Havvi un grado di strettezza nel prepuzio minore di quella mentovata, la quale è accompagnata da assai gravi pericoli; poichè il prepuzio può essere portato in dietro al di là del ghiande, e non può essere riportato in avanti, e lo stringimento del prepuzio ora cingendo il collo del ghiande, questo resta disteso dal sangue, s' infiamma, e debbonsi temere le più cattive conseguenze a cagione dello strozzamento di esso: questo stato vien chiamato *parafimosi*.

Havvi ancora un' altra conseguenza del fimosi, cioè esso è cagione di un' affezione, che io non trovo notata in alcun luogo. Consiste questa in un grande sconcerto della vescica, e dell' uretra; in una grande irritabilità, ed in un incomprensibile abbattimento di spirito; il ghiande è sodo, e liscio simile ad una parte, che ha sofferta infiammazione, anziche distensione, e strozzamento. Queste sono conseguenze d' uno stringimento del prepuzio in grado molto minore. Durante l'erezione, o nell'atto della copula, il ghiande nella massima distensione, vien cinto, ed è offeso dal margine del prepuzio. L' ammalato non è conscio della causa delle sue sofferenze, e s' immagina, che

questa sia una malattia dell' uretra. Il prepuzio debb' essere immediatamente tagliato in questo caso, se havvi probabilità, che ciò possa essere causa di questi sintomi.

Operazione del fimosi.

S' introduca lo specillo sotto il prepuzio, e portandone la punta in su, si ritiri indietro; il Chirurgo s' accorgerà allora, che lo stringimento non esiste in tutta l' estensione del prepuzio, ma soltanto nell' interno ripiego della cute, e solamente nell' anterior parte, ossia nel margine del medesimo. Succede generalmente, che il prepuzio non è di eguale lunghezza tutt' attorno, in modo che la sua apertura non trovasi in corrispondenza coll' estremità dell' uretra. L' operazione ne è molto semplice. Si dovrà fendere il prepuzio in sito corrispondente all' estremità dell' uretra.

Se lo stringimento è stato ben conosciuto, non sarà necessario di tagliar molto dell' esterna cute. S' introduca ripetute volte lo specillo, come per distendere il prepuzio, e ricono-

scere il sito, e la natura dell' orlo, che resiste; prendasi allora un acuto bistorino, s' insinui di piatto tra il prepuzio, ed il ghiande, se ne rivolga in su il tagliente, e se ne pianti la punta nell' interna faccia del prepuzio, facendo resistenza alla punta dello stromento col dito indice della mano sinistra posto esternamente. Ma nel far questo, si procuri, che la punta del bistorino non trafigga ad un tratto la spessezza della cute, ma che ne perfori soltanto l'interno ripiego; ed ora col dito indice della mano sinistra, spingasi in dietro la cute esterna, finchè non vi resti più, che una piccola parte del margine del prepuzio davanti la punta del bistorino; allora con questa la si perfora, e si conduce lo stromento a un dipresso, come le donne, ricamando, guidano l' ago; se questa incisione non lascia libero il prepuzio a poterlo trarre in dietro, debbesi esaminare, se ancor vi resti qualche residuo del cingolo, il quale, se più non s' incontra, egli è certo, che venne intieramente tagliato; allora nulla omai più rimane, fuorchè di fare un taglio sul margine del prepuzio, simile al primo, ed in senso opposto a quello.

Alcuni preferiscono di far quest' operazione

con un solo taglio deciso fatto con acuto bistorino, aprendo ampiamente il prepuzio nella parte superiore dal suo margine sino al punto che corrisponde alla corona del ghiande.

Havvi uno stromento chiamato *bistorino del fimosi*, il quale consiste nell'unione d'una tenta solcata con acuto bistorino; questo resta nascosto finchè sia alzato e spinto in avanti dalla pressione del dito pollice. Questo stromento viene introdotto sotto il prepuzio; e quando si fa pressione sulla leva del bistorino, esso è spinto avanti, ed alzato nello stesso tempo quanto basta per perforare la cute. Quando il bistorino è così alzato dalla scanalatura della tenta, che gli serve di guida, e quando la punta ha trafitta la cute, si ritira la tenta, continuando a tener alzato il bistorino, apresi una via, ed il prepuzio trovasi ampiamente aperto.

Io ho sovente tagliato il prepuzio sulla linea mezzana, e non ai lati, avendo l'infermo preferita questa sola incisione ampia, alla doppia incisione: i due margini che ne risultano si sono ritratti ed hanno preso una forma assai naturale. Debbesi però notare che un grosso ramo venoso può venir leso in questo taglio.

Quando le parti non sono state prima infiammate, quando trattasi di operare per un fimosi naturale, succede un accidente che quelli che lo hanno soltanto operato in uno stato morboso delle parti, non prevedono, voglio dire, la separazione delle due lamine della cute. In questo caso prendesi un ago dei più piccioli, vi si passa un filo comune, ravvicinando la cute all' angolo superiore, ossia alla terminazione dell' incisione; e se vi fosse molesto gemitio di sangue, se non pericoloso per il malato, alla fine incomodo assai, si arresta in facendo una piccola legatura al vaso che geme sangue, e si torrà il filo all' occasione che cambiasi il primo apparecchio.

Il fimosi è soventi volte l' effetto dell' infiammazione del prepuzio, e quando questa è dissipata, vi rimangono degli orli, i quali presentano un' apparenza non dissimile da quella, che noi osserviamo nel fimosi naturale. Questi cingoli possono venir tagliati, e l'operazione può essere condotta nella maniera già descritta.

Debbesi notare, che un inspessimento ed una perdita d' elasticità di tutto il prepuzio sono talvolta la conseguenza d' infiammazione,

la quale esige l' operazione del fimosi.

Noi dobbiamo, se pur è possibile, evitare il taglio del prepuzio mentre sussiste tuttora infiammazione e gonfiezza, e più particolarmente quando la sanità generale è molto sconcertata.

Parafimosi.

Il parafimosi è lo strozzamento del ghiande fatto dal prepuzio. Questo essendo ristretto, e tratto per forza al di là del ghiande, gonfia a cagione del cingolo che gli fa il prepuzio, e per tale gonfiezza il dolore, l' incomodo e la difficoltà di rimettere in sito le parti è aumentata.

Lo stringimento essendo prodotto da un cingolo del prepuzio, il ghiande, e gl' integumenti gonfiano in maniera che, non è cosa facile il poter giungere al medesimo per reciderlo. Ciò obbliga il Chirurgo a fare de' violenti sforzi per ricoprire il ghiande co' suoi pollici comprimendolo, e traendo in avanti il prepuzio colle dita indice e medio. Io ho

conosciuti Chirurghi, i quali si vantavano di non aver mai avuto a curare un caso di parafimosi, che non siano stati in grado di ricomporre: questo è un folle vanto; imperciocchè non sarebb'egli preferibile il sollevare, e nel tempo istesso guarire l'ammalato col taglio del cingolo, piuttostochè ricomporre con violenza il ghiande cagionando insopportabile dolore, e reale offesa alla parte?

Si tenti dapprima con delicata, ed uniforme compressione del ghiande di diminuirne il volume; procurisi poscia di spingerlo in dietro, e nello stesso tempo di portare in avanti il prepuzio; ma se ciò non s'ottiene senza grave violenza e dolore, si recida il cingolo che strangola.

Per eseguire questo taglio, debbesi inviluppare il pene con un pezzo di tela bagnato per farvi una compressione, e diminuirne il gonfiamento onde l'orlo che strangola il ghiande, possa essere più distintamente veduto. Se si può allora introdurre la punta d'una sottile tenta scanalata sotto il medesimo, non vi rimane più altro a fare che portarsi la punta di un bistorino acuto lungo quella, ed alzandola tagliare il cingolo. Ma non sarà sempre possibile l'introdurre la guida, e sarà

necessario d'impiegare il solo bistorino curvo, ed acuto.

Fatta l'incisione, si adoprerà lo specillo per esaminare se ogni stringimento è stato tolto, poichè lo stato de' tegumenti non ammette sempre l' immediata ricomposizione. Le fomentazioni emollienti sono la miglior applicazione che vi si possa fare in seguito a quest' operazione, o piuttosto in seguito al maltrattamento che le parti hanno sofferto.

L' apertura dell' uretra dietro il ghiande è un vizio di conformazione assai comune. Nell' adulto si potrà rimediare a questo difetto perforando il ghiande, chiudendo l'apertura viziosa; ma questa sarà una difficile operazione. Io ho ricusato di tentarla in un garzone.

Havvi una specie di mala conformazione, la quale rende assai sfortunati i genitori della persona che ne va affetta: Una parte considerevole dell' uretra trovasi senza il sostegno di corpi spongiosi, ed il prepuzio trovasi attaccato in basso allo scroto. Il fanciullo è costretto orinare alla foggia delle donne, e l'orina in quello discende dallo scroto come in queste discende frammezzo alle grandi

labbra. Io ho sì bene rimediato ad un tale vizio di conformazione in un giovinetto, che fu poscia capace di portare le brache, di orinare come gli altri, di frequentare la scuola, ciò ch' ei non poteva fare quando era obbligato sedersi per orinare. Ciò feci separando il pene dalla sua preternaturale connessione collo scroto, e mantenendolo sollevato con compresse e adatta fasciatura durante il tempo della cicatrizzazione.

Del freno del prepuzio troppo corto.

Havvi una cattiva conformazione di minor rilievo, la quale è dolorosa ed incomoda, voglio dire la cortezza del freno, la quale incurva in basso il ghiande in guisa tale che, nell' erezione, porta l' orifizio dell' uretra in dietro; esso freno si rompe pure e si esulcera, o lacera il ghiande, e dà luogo ad ulceri che sono ad un tempo stesso sospetti. A cagione della lacerazione del freno, l' ulcero sifilitico più facilmente vi si presenta; ed una tale ulceragione ha talvolta distrutto il freno, e toltane l' incomodità.

Dionis con delicato riguardo asserisce ch'egli non è per consigliare questo modo di cura.

L' operazione necessaria in questo caso non consiste in altro se non che nel portare la punta d' un acuto bistorino sotto il freno, e spingendolo in avanti, il freno resta reciso. Conviene aver cura che i due punti cruenti restino scostati pendente il tempo che si fa la cicatrice.

Recisione del freno della lingua.

Sonvi pochi Chirurghi, i quali non abbiano reciso il silinguagnolo. Ciò malgrado, io ardisco affermare che tal cosa non è mai assolutamente necessaria. Vi potrebbe essere un motivo quando il Chirurgo non avesse autorità sufficiente per convincere una madre che il bambino di lei non può essere impedito da questa causa nel succhiar il latte, ma noi non dobbiamo cedere all'importunità. Il succhiamento è eseguito principalmente dal movimento della mascella inferiore; e l'attaccamento della lingua alle gengive non impedisce il movimento necessario per succhiare. Io dubito eziandio se questo freno della lin-

gua sia per impedir di parlare. Ma nell' età in cui l' imperfezione del parlare è un motivo di far quest' operazione, io ho minori obbiezioni a farvi. Le conseguenze di quest' operazione fatta in tenera età, sono la soffocazione dal tranghiottimento della lingua, e la morte stessa risultante dal sangue che il bambino succhia ed ingoja durante il sonno.

Il celebre Petit ci diede esempii di bambini morti per aver trangugiato il proprio sangue, e ciò occorse non è guari ad un Chirurgo di Londra, il quale avendo tagliato il silinguagnolo ad un bambino, egli morì. L' operazione eseguita, la madre mise il bambino sotto il suo manteletto, e quando ella giunse a casa, il bambino era morto, ed il sangue gli fu trovato entro lo stomaco.

Per far questa, o qualche altra piccola operazione sotto la lingua, un Assistente tenendo il bambino sulle sue ginocchia, gli mette un dito a ciascun lato della bocca, e sotto la lingua in guisa a sollevarla. Con un paja di forbici mozze, il Chirurgo recide la parte membranosa del freno, guardandosi di ferire le più grosse vene, e nel movimento che fa il bambino dee guardarsi di avanzare lo

stromento entro la sostanza della lingua in maniera a toccare le arterie, o vene ranine.

Operazione per il becco di lepre, e per il cancro del labbro ec.

L'operazione per l'estirpazione di tumori, e di ulceri maligni delle labbra, essendo a un dipresso quella che s'esige per rimediare ai naturali difetti di conformazione, tratterò d'entrambi in questo articolo.

Quando il labbro è la sede del cancro, la malattia pare essere meno virulenta nella sua natura di quel che essa sia in ogni altra parte del corpo, ossia essa è una malattia affatto diversa. Ciò che merita particolar osservazione si è, che quest' affezione nasce da qualche accidentale irritazione, ed è mantenuta dall' incessante movimento della parte. Ed io credo pure che questa sia la ragione per cui la malattia è più frequente nel labbro inferiore e nell'angolo della bocca, che nel labbro superiore, il quale va soggetto a minor movimento. Mentre s'impiegano rimedii locali per curare ulceri sulle labbra, io ho sempre raccomandato fortemente l' uso

d' una fetuccia adesiva per frenare il più che fia possibile, il movimento del labbro. E il vantaggio di rendere fermo il labbro s' ottiene pure coll' applicare cataplasmi sul male. Fissai l' attenzione a questa circostanza, osservando che in casi di ben cattiva natura, un leggiero punto ulceroso situato ai lati di una grande porzione affetta, il quale non potè venir compreso nell' esportazione della malattia, guarì mentre gli aghi restarono nel labbro. Io mi sono immaginato che questa guarigione dipendesse dal perfetto riposo del labbro, e non da altra cagione qual conseguenza dell' operazione.

Il modo più frequente con cui incomincia il cancro del labbro, si è una irregolare verrucosa escrescenza con una larga base, o un oscuro tubercolo nell' interna faccia del labbro. Quando una piaga, o affezione cancerosa sta per isvilupparsi con un simile incominciamento, io crederei di non differire l'estirpazione.

Mi basterà quì il far osservare, che ulceri venerei alle labbra sono stati presi per isbaglio quali ulceri cancerosi, e che la malattia tornò alla recidiva, e cedette poi al mercu-

rio. Questo sarà sufficiente per farci badar bene alla storia della malattia, ed ai sintomi che la accompagnano prima d' intraprendere l' operazione.

Operazione.

Ho rigettato sempre gl' instrumenti che vengono comunemente destinati per quest' operazione. Impiego in loro vece aghi ordinarii da cucire immersi pria in una soluzione d' oro; dopo d' averli così dorati, può essere necessario di aguzzarne la punta sopra una pietra adatta. Questi aghi possono venir aggiustati nel *portago*, oppure si possono inserire in una fenditura fatta ad un pezzo di bastoncino, e stabilmente fissare, il che forma un conveniente instrumento. La tanaglia per tener fermo il labbro è un troppo grossolano stromento, esso pigia con una pressione disuguale, e sdrucciola quando è sanguinoso il labbro.

Io preferisco il seguente metodo a quello dell' uso della tanaglia. Si modella un pezzo di legno, che possa insinuarsi tra il labbro e le gengive, avente un grosso manico, che tener dee un Assistente nello stesso tempo,

che distende sulla lamina indicata il labbro, e lo comprime in basso sul suo margine in maniera ad impedire l'emorragia dalle arterie labbiali.

Allora il Chirurgo spingendo il tenaculum, o l'uncino nella parte morbosa vi fa un'incisione a ciascun lato sulla lamina di bosco, procurando che le linee descritte dalle incisioni, s'incontrino in guisa a formare un angolo, mentre una porzione triangolare del labbro, abbracciante tutta la parte affetta, viene tagliata (*).

La delicatezza, se ve n'ha alcuna in questa operazione, consiste nell'adattare le due

---

(*) La semplicità nelle operazioni chirurgiche vuol essere tenuta in grandissimo conto; ed è su questo principio che io ardisco proporre il seguente procedimento.

Disposta ogni cosa, situato convenevolmente l'infermo, e tenuto fermo da un Assistente postogli dietro, il Chirurgo colle dita indice e pollice della mano sinistra afferrato e arrovesciato in fuori il labbro, coll'altra mano armata di scalpello, taglia francamente quel lato che corrisponde alla sua destra, poscia sollevato il suo *avantibraccio* sinistro, ne taglia l'altro lato, ed in questa maniera, con somma facilità, e rende cruenti i margini del labbro leporino, e recide un tumore qualunque occupante la sostanza del labbro.

incisioni, in maniera che si combacino esattamente colla loro superficie cruenta, senza ripiego, od inegualità all' angolo loro.

Per esempio, se l' incisione d' un lato descrivesse una linea curva, e quella dell' altro lato, una linea più retta, l' effetto ne sarebbe che, quando le parti vengono portate a contatto, il lato curvo non si combacierebbe col retto.

Essendo stata tolta via la parte affetta, l' Assistente ritira la lamina di bosco sulla quale sono state fatte le incisioni, e tiene le due porzioni del labbro tra le dita indice, e pollice di ciascuna mano. Allora li avvicina, e li fa combaciarsi colla loro superficie con accuratezza, ed il Chirurgo introduce il primo ago in distanza di circa una quinta parte d' un pollice dalla faccia cruenta, e piuttosto verso l' interna parte; l' altro (giacchè due sono sufficienti), viene introdotto nel punto di mezzo tra questo, e l' inferior parte del taglio.

Il Chirurgo ora avvolgerà per due o tre volte un filo attorno gli aghi, finchè cessi affatto il gemitío del sangue; quindi attortiglierà il filo con maggiore diligenza facendolo passare sulle due estremità dell' ago

superiore incrocicchiandolo, conducendolo, e facendolo rifare lo stesso giro in maniera a formare la ciffra 8. Ciò fatto per l' ago superiore, egli procede nella stessa guisa per l' inferiore.

Quando si sono fatti due o tre giri col resto attorno gli spilli, debbesi aggiustar con maggior accuratezza la superficie cruenta delle labbra, e quindi compierne l' avvolgimento.

Nel fare la cucitura attortigliata, accade più spesso, che il labbro venga troppo stretto, anzichè i margini non siano sufficientemente avvicinati insieme. Quando si è attortigliato il filo per arrestare l' emorragia, e non s' è alquanto rilasciato dopo cessata la medesima, e l' operazione è stata così compiuta, il gonfiamento della parte rende la cucitura troppo stretta, produce un' irritazione, la quale talvolta dà luogo alla suppurazione, e questa scoppia dalla ferita.

Ma quando i margini sono stati avvicinati dopo il breve spazio di tempo necessario per arrestare ogni gemitío di sangue, e quando essi già trovavansi gonfii in certo grado, ho sempre osservato che l' operazione riesciva meglio, e senza difformità veruna.

Quando si è tolta via una gran parte del

labbro, ed i margini superstiti giungono con difficoltà a combaciarsi, havvi uno stiracchiamento, ed una consecutiva lacerazione della ferita. Questa è un' altra causa per cui l' operazione manca di successo. Si può sovente prevenire quest' inconveniente coll' applicare una fetuccia di cerotto glutinoso, che si estenda da una guancia all' altra tra gli spilli, e forse più utilmente verso il mento, affine di sostenere i medesimi, ma principalmente, perchè dessi avvertiscano l' infermo, e reprimano ogni incauto movimento delle labbra.

La ferita si conserverà asciutta, e, se si può, le si eviterà il movimento sì che vi si formi una crosta: se vi si fosse formato un po' di suppurazione, noi non dovremmo scostare i margini rilasciati, ma favorirne bensì lo scolo insinuandovi la punta d' un ago sottile, e continuando a ritenerli a contatto.

Al quarto giorno, io tolgo via lo spillo inferiore, lasciando il refe nel suo sito, se aderisce alle parti, ma lavandolo pria diligentemente con un pennello di crine di cammello, e nettandolo bene dal muco, e dal sangue induriti. Quando s' estrae lo spillo

senza averlo prima ben nettato, ei sorte con dolore, e difficoltà, e può eziandio sciorre le nuove adesioni. Dopochè una leggiera suppurazione ha rilasciati gli spilli, non debbonsi più lasciare entro il labbro, poichè si correrebbe rischio, che dessi lo rendessero poi difforme.

Occorrono tumori cistici nella parte carnosa del labbro, che non si possono altramente togliere, che collo scalpello. Io ho amato meglio estirparli dissecandoli, che tagliarli nella maniera, con cui tagliasi un labbro canceroso. Distendendo il labbro sul dito d'un Assistente, e scoprendo l'interna sua superficie, si può dissecare il tumore, senza inciderne il sacco; e quivi egualmente che nella ferita accidentale del labbro, se ne dovranno avvicinare i margini colla cucitura intortigliata.

Del becco di lepre.

Bambini vengono talvolta alla luce con una fenditura, e mancanza d'una parte del labbro, e talvolta le ossa della mascella superiore partecipano pure di questo vizio di

conformazione. Il labbro alcuna volta non ha che una fessura semplice, oppure essa può essere doppia con un piccolo lobo tramezzo. Il caso è più sfavorevole in ragione della maggiore distanza, che v' è tra un margine, e l' altro della fenditura, ed i casi peggiori sono quelli, in cui essa si stende alle ossa del palato, e lascia una comunicazione tra la bocca ed il naso.

Nello esaminare la faccia d' un bambino avente questa specie di mala conformazione, ho riconosciuto che la difformità procedeva tanto dalla larghezza della faccia, quanto dal difetto del labbro, e del palato.

Nella notomizzazione delle parti poi, ho trovato un vuoto nel palato, il quale era più da attribuirsi alla separazione delle ossa mascellari che alla mancanza della lamina delle ossa del palato. Io sono perciò d' avviso che debbasi portare la dovuta attenzione al racconciamento delle ossa, ed io penso che in molti casi, sarà di un essenziale vantaggio il comprimere ed avvicinar insieme le ossa della guancia, ciò che si può ottenere con una molla aggiustata alla parte posteriore del capo, la quale venga con cuscinetti a comprimere sulle guancie.

Succede talvolta in questa specie di difformità che un pezzo di mascella sporge in avanti, e fuori del suo sito, nel qual caso debbesi a viva forza sloggiare, e respingere al suo sito. Se fosse necessario di racconciare l'osso per quest' oggetto, non sarebbe tuttavia il caso d'impiegar la sega, e certamente non vi s'esigerebbe di tagliare le parti molli che circondano l'osso. È un cattivo metodo quello di recidere colle tanaglie l'osso che sporge in fuori, giacchè io posso affermare, che esso non è che fuori di sito, e non eccedente. Quanto all'operazione a farsi sul labbro, la sola difficoltà sta nell'adattare le incisioni alla forma della fessura.

Se la fessura è doppia, può darsi il caso in cui sia necessario di compiere l'operazione prima da un lato, avanti di farla dall' altro. Se vi si trova frapposto un lobo, può essere conveniente il torlo via, o più probabilmente vi si potrà praticare un taglio di forma triangolare, e adattare i lati della fessura a quelli del triangolo fattosi sul lobo.

Per eseguire quest' operazione, s'appoggia il capo dell'ammalato sul petto d'un Assi-

stente; il Chirurgo separa il labbro dalle gengive, se ciò è necessario: quindi afferra il labbro da un lato colla tanaglia del labbro leporino, lasciando avanzare in fuori dalla medesima quanto pensa di portar via, ciò che eseguisce con un colpo solo di scalpello. Allora applicando la tanaglia all' altra parte, la colloca in guisa che possa fare quivi lo stesso, e compiere con accuratezza la incisione, in modo che ne risulti un angolo col primo lato.

L' inconveniente della tanaglia del labbro leporino è, che essa non tiene fermamente il labbro, lo afferra inegualmente; e quando l' incisione è per metà fatta, il labbro è soggetto a sdrucciolare dalle branche dello stromento. Finchè il labbro è asciutto, nel primo taglio, la tanaglia lo tiene fermo, ma quando nel secondo taglio il labbro, o la tanaglia restano sanguinosi, divengono pure sdruccioli.

Il metodo di operare raccomandato per il labbro canceroso è da preferirsi.

Dovendosi fare l' operazione in questa maniera, si separerà prima di tutto il labbro dalle gengive, s' introdurrà quindi il pezzo di legno appianato tra il labbro e la gen-

giva, e si faranno contro il medesimo le incisioni con grande franchezza.

Gli spilli verranno introdotti come nel caso di labbro canceroso, e le precauzioni a serbarsi saranno per conseguenza le stesse.

Il cerotto glutinoso, oppure la fasciatura di Lovis dee venir in ajuto della cucitura intortigliata in queste operazioni sulle labbra. Questa fasciatura consiste in una fascia a due globi, il cui centro s' applica sulla fronte, gl' estremi sono incrocicchiati alla nuca, quindi portati in avanti sulle guancie, ove essi passano su due cuscinetti, i quali essendo spinti avanti dall' azione della fasciatura, si oppongono alla ritrazione del labbro. Un' estremità della fascia in allora si fende, avuto riguardo al sito degli spilli, e se ne passa l' altra in questa fenditura, e traggonsi i due globi della fascia come nel bendaggio unitivo. Fissando i cuscinetti e le estremità della fascia con fetuccie adesive, possono entrambi rendersi assai sodi onde impedire il movimento del labbro.

Operazione per l' imperforazione dell' ano.

Nascono talvolta fanciulli coll' ano chiuso. Essi nascono pure qualche volta senza l' intestino retto, oppure questo termina nella vescica orinaria, o nella vagina, o in un fondo cieco.

Io notomizzai cadaveri di bambini fra i quali gl' uni aveano l' intestino che metteva foce nella vescica, ed altri di cui l' intestino terminava in una larga saccoccia. Il soggetto è importante, ed io penso che le operazioni sinora state proposte per togliere questo vizio fatale di cattiva conformazione, non valgono ad ottenere lo scopo cui hanno mirato coloro che le hanno immaginate. Io ho tentato di aprire una strada alle fecce, e non vi ho riescito; e dopo aver ben riflettuto su questo soggetto, offro al mio Lettore le seguenti osservazioni:

Quando l' ano è distintamente marcato, ed è soltanto chiuso da una membrana, si potrà aprire colla lancetta, e serbarlo aperto coll' uso di stuelli, o di una candeletta.

Quando l' ano non è solamente chiuso, ma l' intestino retto è pure mancante, e vi

si scorge nè tampoco traccia dell'ano, ci viene raccomandato d'immergervi un *trequarti* nel sito ove dovrebbe naturalmente riscontrarsi l'ano, e seguendo accuratamente il corso dell'osso sacro, rintracciare l'intestino. Io ho eseguita un' operazione di questa natura. Aperto il sito dell'ano non vi trovai fecce; introdussi un piccolo trequarti appianato, e avuto riguardo al tragetto dell' intestino retto lo spinsi al livello del promotorio dell'osso sacro, procurando di non offendere la vescica. Non trovando neppur quivi l'intestino, v'insinuai una tasta, colla speranza che, lasciatala a contatto dell' intestino disteso, potesse stabilirsi sul medesimo un'apertura mediante l'ulcerazione. La cosa non mi è riescita, ma in verità io riposto avea assai poca speranza in tale tentativo.

Un Chirurgo di Brest eseguì in un simile caso l' operazione in una maniera più atta a sollevare il neonato. Egli aprì l'addome al di sopra dell'inguine sinistro nel sito ove presentavasi l' inflessione sigmoidea del colon, di là evacuò una grande quantità di *meconio* misto a flatuosità, e fissando l'intestino alla ferita, vi stabilì un ano all' inguine; il bambino sopravvisse.

Callisen di Copenaghen ha proposto di fare l' operazione, stabiliendo l' ano artificiale ai reni. Mancò di successo quest' operazione.

A me pare cosa possibile di fare un' operazione che sgravi gl' intestini distesi; e se al fine è seguita da buon successo, non sia per apportare una miserabile esistenza al bambino sopravvissuto.

Si faccia un' incisione nella regione iliaca sinistra, s' introduca il dito, e si cerchi l' intestino disteso, il suo fondo cieco, e si esamini la connessione sua colla vescica; avendo scoperto l'intestino, vi si faccia una puntura, e si sollevino le intestina dal loro peso; si assicuri con un filo l' intestino alla ferita affinchè non s' allontani; s' introduca il dito nella ferita, e spingasi dietro la vescica, ed in basso verso il perineo; si porti sul dito un forte specillo crunato; si tagli sopra il medesimo nel sito ove dovrebbe riscontrarsi l' ano; s' infilzi col filo che trovasi attorno l' intestino nella cruna dello specillo, e si tragga in basso l' intestino verso l'ano stabilitovi. Se ciò si potesse portare a compimento, i parenti porgerebbero preci per la conservazione del loro bambino, ma con un ano sul dorso, o all' inguine essi non desidererebbero di vederne prolungata la vita.

La sola difficoltà in quest' operazione è quella di trovare l' estremità dell' intestino; il pericolo è quello dell' infiammazione dell' addome; ma vi sono pure difficoltà, che s' incontrano senza dubbio nell' operazione fatta allo scopo di stabilire un ano artificiale all' inguine, e noi abbiamo veduto che desse sono state superate.

Imperforazione della vagina.

Bambini di sesso femmineo nascono talvolta con un vizio di conformazione, il quale, quantunque non sia tanto fatale, quanto l' ostruzione dell' intestino retto, apporta tuttavia grandi malori in un più tardo periodo della vita; intendo parlare della vagina chiusa dall' imene, o mancante, o chiusa nella sua parte inferiore. Quando questo vizio è prodotto dall' estensione non naturale, o dalla densità della membrana detta imene, se ella non ottura affatto il canale, l' ostruzione verrà conosciuta in tempo debito; io debbo tuttavia avvertire, che talvolta è occorsa la necessità d' incidere questa membrana durante il travaglio del parto per dare uscita al feto. La necessità assoluta per quest' operazione esiste

allora quando essa ottura affatto il canale, ed è imperforato. Sovente il difetto non si scopre finchè giunge il tempo, in cui si stabilisce lo scolo sanguigno periodico; allora esso cagiona grandi incomodi, e questi ritornano ad ogni periodo menstruo con aggravamento, sin a tanto che l'abbassamento dell' addome, il tumore nella vagina, ed il dolore in questa parte, e tutta la catastrofe de' fenomeni simpatici, che si destano dallo sconcerto della matrice, rende necessario l' esame della parte. Trovasi ora la vagina distesa, e la membrana, che la ottura, tesa ed umida da sangue travasato ed accumulato dietro la medesima. L'operazione da farsi è semplice; debbesi fare sulla membrana imperforata una incisione in croce.

Se tuttavia, come talvolta succede, l'ostruzione procede dalla mancanza della vagina, o dall' adesione delle sue pareti, l'operazione presenta gravi difficoltà, e grande pericolo. Si dee avvertire, che Operatori volendo eseguire questa operazione, penetrarono nella vescica, ed egli è evidente, che havvi un egual pericolo di tagliare l' intestino retto. Ciò rende necessario lo rammemorare la situazione relativa delle parti, e

specialmente la curvatura, che descrive la vagina piegandosi all' asse della pelvi. Prima che si tenti l' operazione, l' accumulamento di sangue nella vagina sarà grande, ed il caso urgente. Questo diminuisce il pericolo di sbagliare in penetrando nella vescica, o nell' intestino retto. La dissecazione (giacchè tale debb' essere questa operazione) vuol essere proseguita con precauzione, finchè vedasi scoppiare il fluido rattenuto.

SEZIONE QUARTA.

Della Litotomia.

I migliori Litotomisti ch' io m' abbia veduti operare, si sono accinti all' operazione compresi da affannosa ansietà. CHESELDEN confessò sinceramente, ch' egli pria di operare soffriva un sì tristo mal essere, che in lui perseverato sarebbe, se tutta non avesse a se richiamata la necessaria fermezza e costanza, e se sbandito non avesse ogni timore, che se gli offriva al pensiero intorno ai tanti modi, dai quali il Chirurgo può essere nell' atto dell' operazione scomposto. Io, per me, ho veduti molti eccellenti Chirurghi ad operare; ma quelli co' quali sono stato più confidente, e che vantavansi maggiormente de' loro uniformi felici successi, aveano generalmente mancato in qualche

essenziale circostanza, quando io ebbi l' opportunità di assistere alle loro operazioni.

La litotomia è senza dubbio la più difficile delle operazioni; e se dovessi io giudidare da quanto ho visto, essa è la più pericolosa operazione di tutto il circolo della Chirurgia domestica.

Tuttavia l' opinione dell' incertezza della litotomia è piuttosto fondata sui molti errori, i quali per lo più si commettono, che non sulla persuasione, che occorrano in essa sinistri accidenti a non potersi impedire. Anzi, s' io non erro, mi trovo in grado di seguire cotesti errori sino alla loro origine, e spero eziandío di poter indicare come debbano essere evitati.

Non finirebbe il mio dire, se volessi tutto narrare ciò, che fu detto perfezionamento in questa operazione: pressochè tutti i Chirurghi, che hanno una, o due volte operato, immaginano un nuovo metodo. Ma se questi leggessero attentamente la storia della litotomia, troverebbero, che tante sono le cose già state fatte, che non v' è più luogo ad inventarne delle nuove. Essi eviterebbero al fine la follía di produrre, come nuove, invenzioni, instrumenti, che sono già stati

esperimentati, e lungo tempo dopo proscritti (*).

Sì tosto ch'io fui Chirurgo, paventando l'apparato meccanico dello sciringone, e del

(*) Non senza ragione or qui potrei rivolgere i rimproveri dello Scrittore di Londra all'Autore degli *Élémens de médecine opératoire*: voglioso questi di appropriarsi un nuovo metodo di litotomia, senza punto abbadare e ponderare i metodi altrui, e sopratutto quello di Cheselden del quale non è che una fallace modificazione ciò ch'egli descrive nel citato suo libro, propose non già un taglio obliquo del collo della vescica nella linea mezzana tra la tuberosità ischiatica e l'ano, con cui recidasi la quarta parte della ghiandola prostata, siccome prescrive il Cheselden; ma insegnò di fare un taglio trasversale di detto collo della vescica, col quale taglio ei pretende lasciare intatta la ghiandola prostata; la qual cosa quanto inopportuna e pericolosa sia, non fa qui mestieri di dimostrare, avendola io diggià recata all'evidenza, e parimente dimostrato che un cotale procedimento non solo non appartiene ad alcuna scuola d'Italia, ma neppure ad alcun particolare Chirurgo: laonde pago io appieno di presentare con questa mia versione una sicura guida al novello Chirurgo nell'esercizio della Chirurgia operativa, mi tacerò su questo punto e su tutti gli altri che mi si presenteranno, nel corso di quest'opera, e coglierò anzi con vero piacere l'occasione, se mai mi si offrisse, di porgere un sincero tributo d'encomj all'Autore del quale ho qui accennata una mal sicura dottrina.

gorgeret, ed i mali che avea veduto risultare dal loro uso, ho preferito di operare collo scalpello. Questo timore fece sì, che nel fare pubblicamente quest' operazione nello spedale d' Edinborgo, non mi servii di questi stromenti, quantunque di generale uso. Io non dubito esservi stati di quelli, che avranno attribuito alla vanità di singolarizzare ciò che dipendeva meramente dall' essere io conscio che, siccome avea soventi volte, collo scalpello, tagliate le parti per la dimostrazione di ciò, che debb' essere tagliato nell' operazione della litotomia, poteva io collo stesso stromento di cui fui solito servirmi, tagliare le parti, che, giusta i litotomisti, debbonsi tagliare; invece che, se io adoperava il *gorgeret*, l' esperienza mia sulla forma, sulla sodezza e sulla connessione delle parti non poteva più essermi di alcun uso. Avrei io dovuto procedere, adattando meccanicamente gl' instrumenti, nell' uso de' quali l' anatomía era di poca utilità, ed avrei incorso negli stessi accidenti, di cui fui io stesso testimonio.

È decisamente mia opinione, che il bistorino, o lo scalpello è lo stromento op-

portuno, onde penetrare nella vescica; e se io credessi che il giovine Chirurgo dovesse essere guidato dal mio pensamento, contrario a quello generalmente adottato, avrei quì una breve lezione a dargli. Ma io debbo scrivere un' opera sistematica, nella quale io sono obbligato a considerare la comune opinione, e la più ricevuta pratica, e a presentare modestamente la mia privata, e non m'è permesso di rigettare quella pratica, che ha ottenuto il generale voto.

Io descriverò perciò l' operazione fatta col *gorgeret*; farò notare gli errori che si commettono comunemente, e quali precauzioni si debbano prendere per evitarli. Dirò in appresso, come si debba impiegare il bistorino, quando non si voglia ritenere il *gorgeret*, il quale io spero, che sarà ben tosto affatto proscritto.

Dei sintomi della pietra nella vescica.

I sintomi della pietra nella vescica orinaria sono questi:

1.° Dolor nell' orinare. Il dolore è più forte negli sforzi fatti per far uscire le ul-

time goccie d' orina, perchè la contrazione della vescica porta la pietra al collo della medesima, ed in contatto colla sua parte più sensibile.

2.° Sovente havvi un ottuso dolore nella regione della vescica, mentr' esso è acuto, ed insopportabile nel ghiande. Il dolore s'aumenta grandemente dopo l' esercizio del corpo, o dopo le scosse sofferte nell' atto del trasporto dell' infermo. Noi vediamo gli ammalati entranti nello spedale agitati dai più gravi tormenti a cagione delle scosse che produce sulla vescica il ruvido calcolo (*a*), ed allora vedesi il miserabile calcoloso tentare di mettersi a capo volto, affine di smuovere la pietra dal collo della vescica divenuto più irritabile.

3.° Orina sanguinolenta. Ciò avviene in seguito di violento esercizio di corpo, o di scosse sofferte, che fanno sì che il calcolo offenda la superficie interna della vescica a cagione della sua asprezza.

4.° Difficoltà nel ritenere l' orina. Il goc-

(*a*) In questo caso sarebbe una vera crudeltà lo esplorare il malato. Mettasi in un bagno, quindi gli si dia una bevanda opiata e si adagii a letto.

ciolío dalla vescica è l'effetto dello stato dell' irritabilità accresciuta, e del dolore della vescica, il quale stato trovasi accompagnato dal rilasciamento degli sfinteri, e dei muscoli dell' uretra.

5.° Assai sovente quando l'orina sorte a pieno canale, essa subitamente s' arresta, senza che cessi lo stimolo di evacuarla. Lo che succede per ciò, che la pietra s'affronta all' orifizio dell' uretra; o piuttosto accade in questa maniera: quando la vescica è piena e distesa verso l'intestino retto, egualmente che verso il suo fondo, la pietra si appoggia fermamente sull' intestino; ma a misura che la vescica si evacua, questa inferior parte si contrae, e solleva la pietra, e la porta contro l' orificio dell' uretra. Se l'ammalato fosse appoggiato sulle mani, e sulle ginocchia, mentre orina, ed occorresse questo subito arresto dell' orina, sarebbe ciò particolarmente un forte indizio della presenza del calcolo nella vescica, specialmente poi se l' orina uscisse di nuovo, prendendo una giacitura supina; quantunque ciò possa dipendere da un tumore pendulo al collo della vescica, o che s' elevi dalla ghiandola prostata.

6.° Un senso di peso, e pienezza nell' intestino retto, le emorroidi, o la procidenza del medesimo sovente accompagnano questa malattia. Ma questi sintomi riscontransi pure in ogni malattia, che affetta il collo della vescica.

7.° Il sedimento mucoso è un altro effetto della pietra nella vescica. Questo è separato dalla superficie interna della vescica, e dalla ghiandola prostata, e questa preternaturale secrezione viene eccitata dalla presenza della pietra. Questo sedimento mucoso può tuttavia pur anche dipendere dall' infiammazione dell' interna tonaca della vescica, o da materia, o da calcolo formatisi nei reni.

Dell' esplorazione e del modo di toccare la pietra.

La presenza della pietra nella vescica, debb' essere riconosciuta, mediante l' esplorazione fatta colla tenta. La tenta della vescica è uno stromento d' acciajo della forma poco presso d' un catetere; ma non essendo cava, serve meglio per portare la vibrazione alla mano.

La sensazione trasmessa dalla tenta, quando introdotta nella vescica è, che essa urta, o frega il calcolo; e quantunque la sensazione non possa descriversi con parole, è tuttavia per se distinta, e non soggetta a indurre in errore. Sonvi però circostanze, le quali possono portare ad una ben erronea conclusione. Il Chirurgo debb' avere tente di diversa forma non solo adattate alla varia età del calcoloso, ma tali a poter esplorare i differenti angoli della vescica. Talvolta una tenta di grosso diametro, con un' intiera curvatura, ed una punta prolungata toccherà la pietra: tal altra volta essa pietra, trovandosi in una diversa posizione, una tenta corta, e dritta la scoprirà prontamente.

La tenta viene introdotta nella vescica colle precauzioni raccomandate nell' articolo dell' operazione del cateterismo. Quando in questo caso la tenta è introdotta, la sensazione del fregamento della pietra viene trasmessa alla mano, come d' una pietra contenuta nella vescica.

Quando la tenta trovasi nella vescica, può succedere che la pietra sia al disotto del livello dell' uretra, e per conseguenza della tenta; epperciò debbesi portare con

forza in basso la parte convessa della medesima tenta. La situazione della pietra sotto il livello della tenta esploratrice è stata da me riconosciuta colla dissecazione, egualmente che nell' atto stesso dell' esplorazione colla tenta.

Il dito introdotto nell' ano può venire in ajuto della tenta, e col comprimere in alto il basso fondo della vescica esso dito giunge a riconoscere la presenza della pietra, e ad informare eziandio il Chirurgo del volume della medesima. Io considero qual cosa indispensabile a sapersi il volume della pietra, quantunque troppo frequentemente si ommetta questa ricerca.

Può occorrere che la pietra trovisi innicchiata ad un lato della vescica, come se fosse ad un lato dell' intestino; debbesi allora portare lateralmente, ed in basso la tenta per sentirla.

Nell' esplorazione della vescica, riesce utile il far cangiare di posizione il calcoloso, in maniera, che la pietra venga a cangiare di luogo.

Il gonfiamento della prostata talvolta dirige in alto il catetere in modo a non poter sentire il calcolo. Questo annidasi allora

dietro la ghiandola; ma nell' introdurre il dito nell' intestino retto, è possibile di spingerne la punta al di là di questa ghiandola, e così di sollevare la parte inferiore della vescica, e di portare il calcolo alla portata della punta della tenta esploratrice.

Potrebbesi impiegare un catetere di gomma elastica con una curvatura tale a potersi accomodare all'uretra, e a poter giungere a sentire la pietra dietro la ghiandola prostata. Ma non debbesi mai intraprendere un' operazione di litotomia con sì poca certezza, come quella, che si è ottenuta col catetere di gomma elastica.

Quando il calcolo trovasi in qualche particolare angolo della vescica, o quando occorrono difficoltà nel riconoscere la presenza della pietra, è meglio servirsi del catetere d'argento, il quale, quantunque non porti una sensazione eguale nel suono a quella trasmessa dalla tenta d' acciajo, basterà tuttavia al nostro oggetto, mentr'esso ha il vantaggio d'essere introdotto, restando piena la vescica, e di esser mosso in tutte le direzioni possibili, ed in ciascuna diversa posizione del calcoloso, e lasciando dopo uscir l' orina dal catetere, tenendolo tuttora fermo, se vi è

pietra nella vescica la contrazione della medesima la porterà in contatto collo stromento.

Operazione.

Io non penso, che l'irritazione prodotta dalla pietra sia sfavorevole all' operazione della litotomia; ma egli è appena necessario il dire, che tutta infiammazione debb'essere abbattuta prima d' intraprendere l' operazione. Se sonvi dolori ai reni, ed ai lombi, l'operazione dee venir differita, perchè possono essere l'indizio di nuove pietre che discendano dai reni nella vescica.

Prima che si eseguisca la operazione, il malato debb'essere portato sotto il tipo della forza, e del vigore, facendogli osservare una leggiera, e parca dieta, e mettendolo all' uso di blandi lassativi. Ma se il malato è stato estenuato di forze, ed irritato a cagione di un lungo viaggio, egli vuol essere rinforzato col riposo, e colla dieta leggiermente nutriente.

Instrumenti ec.

Lo sciringone del volume, e della forma della tenta soda prima impiegata nell' esplo-

razione della vescica ; uno scalpello ; il *gorgeret ;* un bistorino retto con bottone in punta (nel caso che possa essere necessario per dilatare l' incisione della vescica) ; tanaglie di vario diametro , alcune con curvatura (badando bene che sieno ben temprate, avendole io vedute piegarsi e torcersi nell' atto dell' operazione) ; una spazzoletta per torre via la sabbia , che può venir abrasa dalla superficie della pietra ; spugne e tenaculum ; adatte fascie per legare il malato ; una saccoccia con tubo per injettare la vescica , oppure un grosso schizzatojo per nettare la medesima, quando la pietra trovasi sepolta fra sodi coagoli , che impediscono di sentire il suono destato dalle tanaglie quando esse la urtano , o per mundare la vescica dai frantumi della pietra : io commenderei pure un ricercatore (*searcher*) che è una specie di tenta solcata, ed incurvata alla sua estremità , ed ivi un po' dilatata , la quale serve per riconoscere la posizione del calcolo , e per portarlo in avanti quando trovasi innicchiato in una saccoccia, od in un angolo della vescica.

S' assicuri il Chirurgo dell' adattamento del becco del *gorgeret* al solco dello sciringone. Io

penso, che il *gorgeret* debbe avere una forma atta a poter indicare la sua totale entrata nella vescica; cioè, dovrà alquanto dietro l' orlo suo tagliente, essere ristretto, e avrassi particolar cura, che quest' orlo, in vicinanza del becco a bottone del *gorgeret*, non si elevi troppo ad un tratto, e che sia di taglio estremamente sottile in questo sito. Se presentasse un margine ottuso, e rilevato in vicinanza del becco, taglierebbe l'uretra con difficoltà, e potrebbe spingere la ghiandola prostata in avanti. Ho dimostrata la possibilità di quest' accidente, facendo scorrere un ottuso *gorgeret* per tutto il tragetto dello sciringone, nel quale esperimento la vescica non ne fu aperta.

Se il Chirurgo ha fatte le dovute ricerche per accertarsi del volume della pietra, non farà d'uopo di stromenti per rompere la medesima. Io dubito assai che possa convenire l'impiego di questi.

Sia raso, se fa d'uopo, il perineo, e s'evacui l'intestino retto con un clistere. Il terrore che invade l'ammalato, e l'irritazione della vescica, possono impedire che la vescica venga distesa dall' orina; tuttavia io considero alcune oncie di orina, come

assolutamente necessarie, il che dovrassi procurare talvolta eziandio col portare attorno il pene un molle nastrino.

Posizione del Malato.

Il malato debb'essere situato sull'orlo d'una tavola forte, mettendovi sotto un cuscino; quindi inclinandolo sulla tavola, le spalle e la testa verranno sostenute. S' introduce quindi lo sciringone munito di solco nella sua parte inferiore convessa (*a*); e poscia si legano insieme i piedi colle mani portandovi la fascia con nodo a cappio scorsojo sull' articolazione del carpo, facendogli abbrancare la pianta del piede, e così legasi assiememente la mano ed il piede.

L' ano ora presentasi alzato sopra la tavola, il Chirurgo si colloca ad una conve-

---

(*a*) Se s' introducesse la tenta senza scanalatura per dirigere la mano, come ho veduto praticarsi, la conseguenza è terribile, se il Chirurgo non può operare col bistorino; perchè quando l' uretra è stata aperta per rintracciare la scanalatura, e questa non essendovi, non si può estrarre la tenta soda per introdurvi lo sciringone. Sarebbe per lo meno più facile che sortisse dall'apertura dell' uretra, anzichè penetrasse nella vescica.

niente altezza, e prendendo il manico dello sciringone, lo abbassa un poco verso l'inguine destro, in guisa tale, che la sua convessità sentasi al perineo; consegnasi quindi ad un Assistente, il quale lo tiene fermo nella situazione in cui lo riceve, avendo il pollice della mano sinistra sull'estremità dello sciringone, mentre sostiene lo scroto colla mano destra.

Riguardo allo sciringone, conviene inoltre osservare che per disattenzione dell'Assistente che lo tiene, la punta potrebbe venir fuori della vescica, e restare al collo della medesima. Giova assicurarsene allora, elevando il manico dello stromento, nel qual movimento s'egli è dentro la vescica, potrassi spingere dolcemente in avanti.

Se si tagliasse, mentre la punta dello sciringone trovasi al collo della vescica in luogo d'essere dentro la medesima, nel portar in avanti il *gorgeret*, questo non penetrerebbe nella vescica, ma tra questa, e l'intestino retto!

Potrebbe succedere che per disattenzione dell'Assistente, col deprimere di troppo la mano sull'addome del malato, la punta dello sciringone saltasse fuori dall'uretra sul momento che venne fatta l'incisione della me-

desima! Egli sarebbe poi difficile il dare allo sciringone una giusta direzione, e portarlo nella vescica nel suo sito conveniente. Il Chirurgo si troverebbe nel più deplorabile stato, se egli non fosse in grado d'introdurvi una tenta solcata ordinaria per quest' incisione dell' uretra, e compiere l' operazione col bistorino.

Prima parte dell' operazione tagliando nel perineo.

Gli Operatori si prefiggono per cominciare l' incisione, una linea indicata dalla prominenza dello sciringone, tagliando sulla medesima la spessezza degl' integumenti, e portando in basso quest' incisione tra il margine dell' ano, e la tuberosità ischiatica, od anche alcun poco al disotto della medesima.

Ma ciò non è conforme al mio pensiero sul modo di fare una conveniente incisione. In primo luogo, io non approvo la maniera di tener lo sciringone così rivolto verso il sinistro lato del perineo, nè di farlo tanto risaltare, quanto si pratica ordinariamente. Io lo lascio rimanere nella sua situazione senza esercitarvi sopra alcuna violenza; allora facendolo tener fermo si faccia un' in-

cisione profonda verso la parte anteriore della ghiandola prostata, ma non già come se fosse diretta a rintracciare lo sciringone.

Questo taglio avente per solo scopo lo scoprire lo sciringone affine di metterlo nel caso di ricevere il becco del *gorgeret* nella sua doccia è un progetto tutt'affatto da principiante.

L' oggetto nostro, nel primo caso, è di fare un ampio taglio al perineo di sufficiente estensione per l' estrazione della pietra, e di sbrigliare, e tagliare i muscoli e l' aponevrosi che sostiene il perineo.

1.° Il Chirurgo tocca la prominenza dell' ischio, osserva il *raphe* e la linea rilevata dello sciringone; porta il bistorino nello spazio che esiste tra il corpo cavernoso del pene del lato sinistro, ed il bulbo dell' uretra; di quì una profonda, e franca incisione vien diretta in basso tra l' ano e la tuberosità ischiatica, e la incisione si termina nel punto che corrisponde alla parte più bassa del margine dell' ano.

2.° Ora dicono alcuni Operatori che una incisione della cute per essere piccola impedisce ed imbarazza il Chirurgo nell' estrazione della pietra. Ma questo primo taglio

non può fare quanto s' esige nella *prima incisione*, come viene chiamata, ciò che significa la prima parte dell' operazione. L' accuratezza nel fare questo esterno taglio è d' importanza soltanto in quanto che naturalmente conduce alla totale separazione dei muscoli, che sono la vera causa d' ogni imbarazzo, poichè la cute sempre cede abbastanza. Tuttavia il taglio della cute dee estendersi in basso per un' altra ragione.

Uno o due successivi colpi del bistorino fanno profonda la ferita, ed il Chirurgo debbe accuratamente portare il bistorino dalla convessità dello sciringone in basso accanto all' intestino retto, e tagliare il muscolo trasversale del perineo, e le connessioni ligamentose dell' uretra col perineo (*a*). L' esperienza egualmente che l' osservare le difficoltà occorse ad altri Chirurghi, in circostanze in cui io non poteva manifestare il mio avviso, mi hanno fatto conoscere che le tanaglie venivano arrestate quando non

---

(*a*) Vedinsi le plancie di parti morbose conservate nella mia collezione in folio.

si era tagliato il muscolo trasversale, e l'espansione ligamentosa; la tanaglia nello entrare, passa su questo robusto fascicolo di fibre muscolari, e legamentose, ma nell'estrazione del calcolo obbliga a portare in alto lo stromento, e forzandolo contro l'arco del pube, la pietra viene perciò a sdrucciolare dalle branche della tanaglia. Vi sono pochi Litotomisti, i quali non abbiano ciò provato; eglino chiamano ciò lo sdrucciolamento della pietra. L'Operatore la afferra, e torna ad afferrarla, ma con aumento sempre di violenza, e di disperazione.

Nel tagliare i muscoli del perineo, l'Operatore dee portare il dito della mano sinistra nella parte più bassa della ferita, e deprimere l'intestino retto; altrimenti facendo, esso potrebbe venir ferito (*a*). Egli dee continuare l'incisione finchè tocca la ghiandola prostata e non restavi più verun ostacolo in basso per parte dei muscoli.

(*a*) Quando l'intestino retto viene tagliato, esso ordinariamente si consolida; Ma talvolta la ferita degenera in una fistola. Questa è una vera fistola all'ano, quantunque di facile guarigione.

Seconda parte dell' operazione in cui si taglia l' uretra.

Se lo sciringone è stato fin quì tenuto poco presso in mezzo, debbe ora il suo manico venir inclinato verso l' inguine destro, talmente che la convessità dello stromento faccia prominenza nella ferita del perineo. Ed ora il Chirurgo immergendo il bistorino profondamente nella ferita ne rivolge in su il tagliente, e taglia con mano franca e decisa sul solco dello sciringone (*a*). Quindi

(*a*) Io mi sono convinto, che di dieci Operatori che ho veduti operare, nove hanno fatto cadere l'incisione sul bulbo dell' uretra. Non vi ha gran male in questo: il danno che ne succede allora, dipende da un troppo piccolo taglio dell' uretra; trovasi che la punta del *gorgeret* non entra nello sciringone, si taglia una seconda volta, una terza, ed ora il novizio Operatore forse pensando troppo male su quanto gli astanti pensano di lui, vien sorpreso dall' onta per questa sua mancanza di destrezza, dà spinta alla fine per disperazione al *gorgeret* mal fermo nello sciringone. L' effetto che ne risulta è terribile, poichè lo sciringone non entra certo nella vescica. Sempre che si dubita che il dito sia nudo nel solco dello sciringone, si fende francamente l' uretra; il solo cattivo effetto si è la sortita d' una considerevole porzione di orina.

porta l'unghia del dito indice della mano sinistra nel solco scoperto, finchè abbia preso dalla tasca del suo grembiule, o dalla mano d' un attento Assistente il *gorgeret*, e n'abbia fissata la punta in esso solco.

Terza parte dell' operazione col gorgeret.

Diretta dal dito della mano sinistra la punta mozza ossia il becco del *gorgeret*, viene essa introdotta nella scanalatura dello sciringone. Si porta in dietro, ed in su, e si fa collidere sulla ruvida scanalatura (*a*) dello sciringone.

Ora il Chirurgo, alzatosi dalla situazione che avea, e sicuro di avere il *gorgeret* nello sciringone, lo porta avanti, avendo presente alla memoria la curvatura del medesimo, e rammentandosi che deve condurlo giusta l'asse della pelvi, e non direttamente in avanti: lo avanza lentamente dapprima, finch' egli vede scolare l' orina sullo stromento, allora

(*a*) Vi debb' essere una leggiera ruvidezza nel solco dello sciringone, ossia non dovrà questo essere forbito; poichè io ho trovato che se è il più scrupolosamente forbito, esso ci permette meno facilmente di distinguere lo sciringone dalle parti che lo attorniano.

lo spinge in avanti con maggiore franchezza, per timore che l'orina sorta tutta dalla vescica. L'orina che scoppia fuori a rivo, indica che l'incisione venne fatta compitamente.

Pericoli in questa incisione.

Io ho veduto per ben due volte il *gorgeret* cacciato tra la vescica, e l'intestino retto. Nella dissezione d'uno di questi soggetti, io non rinvenni nè ferita, nè sinuosità tra la vescica, e l'intestino retto. Questo per un certo tempo, mi lasciò perplesso, finchè ripetute operazioni sui cadaveri, mi diedero l'esempio di quanto era occorso sul vivente. Il *gorgeret* non è uscito dalla scanalatura, ma soltanto non ha tagliato il collo della vescica; esso ha respinta la ghiandola prostata in avanti sullo sciringone, senza aprire nè il collo della vescica, nè la ghiandola prostata. Ciò è facile ad accadere sul cadavere, sia perchè impiegansi cattivi stromenti, sia perchè le parti trovansi in uno stato di rilasciamento. Per ovviare a quest'inconveniente, l'orlo tagliente del *gorgeret* vicino alla punta debb'essere estremamente affilato, e formare un piano assai inclinato; quando

esso vi penetra per una certa estensione, l'incisione totale è sicura (*a*).

L'ordinaria maniera di procedere è di cavare lo sciringone pressochè sul momento, è come se ciò compiesse quanto riguarda l'uso del medesimo. Ma se io considero, che la vescica tosto si contrae, e che quindi il tagliente dello sciringone potrebbe offenderla lasciandolo dentro finchè introdotta sia la tanaglia, io son d'avviso che, o debbesi tosto cavare il *gorgeret*, o non cavandolo, lasciare lo sciringone, come mezzo per impedire al suo

---

(*a*) Il *gorgeret* debb' avere nel suo margine tagliente quel grado di elevazione che possa renderlo atto a tagliare il sinistro lato della ghiandola prostata. Se la sostanza della ghiandola prostata, ed i muscoli del perineo trovansi compiutamente tagliati, la ferita della vescica si dilata per dar uscita alla più grossa pietra. Ma se la base della ghiandola non fosse intieramente recisa, la tanaglia incontrerebbe qui uno stringimento che la rattiene. Siccome il *gorgeret* ha costantemente la stessa determinata dimensione nel tagliente (ed in verità non si potrebbe aumentare senza correr rischio di tagliare l'arteria pudenda), esso ha il difetto di non tagliare intieramente la ghiandola prostata ed il collo della vescica. Operando col bistorino, in luogo del *gorgeret*, l'incisione può farsi adattata alle circostanze.

margine tagliente di offendere la vescica, oppure cavare piuttosto il *gorgeret*, e lasciare lo sciringone.

Quantunque io sappia, che ciò è contrario all' opinione di alcuni celebri Chirurghi, insisto tuttavia nell' idea di estrarre il *gorgeret*. La tanaglia può senza una guida essere facilmente introdotta, come lo provano le troppo frequenti circostanze, in cui non essendosi potuto fare incontanente l' estrazione della pietra, essa ha dovuto essere ripetute e successive fiate introdotta. Se la incisione è ben fatta, niente si oppone alla sua introduzione; ed io sono d' avviso, che lo sciringone sia una guida migliore del *gorgeret*, nel caso che sia necessario di averne una.

Io penso inoltre, che sia dover dell' Operatore il portare nella ferita della vescica il dito indice per esaminare la medesima avanti d' insinuarvi la tanaglia per tasteggiare la pietra. È succeduto che la vescica fu estirpata in un colla pietra! Io ho ragione di credere questa cosa, perchè ho veduto ben prossimo quest' infortunio. Conservo la vescica di un fanciullo sulla quale l' Operatore tirò con tutta la sua forza, ma non gli riuscì di estrarla. Nella dissezione trovai la pietra

nella vescica, e la vescica non aperta! Egli ha afferrata la pietra colla tanaglia, ma la vescica trovavasi tra la pietra, e lo stromento. Un tale terribile accidente deriva dal portare la tanaglia lungo la scanalatura del *gorgeret*, sì tosto che questo venne cacciato dentro.

Se per aver fatta una incisione troppo piccola, non si può introdurre la tanaglia, dopo aver estratto il *gorgeret*, conviene portarvene uno mozzo, il quale può rimanere nella vescica, e può servire per introdurre la tanaglia senza che corrasi il pericolo di offendere la vescica, allorchè la tonaca muscolare della medesima si mette in una violenta contrazione a cagione della prolungata irritazione.

Nel cavare il *gorgeret* tagliente, debbesi questo comprimere sul destro lato del perineo, affinchè esso non faccia una seconda incisione.

Della tanaglia.

Quando si è introdotta la tanaglia, il Chirurgo non dovrà tosto incominciare con ambe le mani a separarne i manichi, e tasteggiare quà e là per afferrare la pietra; ma egli dovrà bensì procurare di toccare la medesima colle branche chiuse, e di assicurarsi

della precisa sua situazione prima di tentar di afferrarla.

Quando il Chirurgo sta per afferrare la pietra, e non può sentire la collisione, è segno ch' egli ha oltrepassata la medesima, e dee allora elevare le mani, e dirigere lo stromento in basso nell'inferior parte della pelvi. Forse in questa maniera egli tocca la pietra, ma non può ancora afferrarla. Una superfiziale cognizione delle parti, e la sperienza sulle difficoltà dell' operazione fanno conoscere anche ad uno spettatore quanto si va facendo là dentro. Testimonio io di questà difficoltà, piena di confusione la mente, ho veduta una operazione durare un' ora intiera, mentrechè portando il dito nell' intestino retto, e sollevando l' inferior parte della vescica, tutte le difficoltà nell' afferrare la pietra sarebbero svanite.

Quando l'Operatore non può con facilità, e con tutta sicurezza introdurre la tanaglia al primo, al secondo, o al terzo tentativo, egli debbe metter in uso il *gorgeret* ottuso, ed assicurarsi che la tanaglia tocca la pietra senza alcuna sostanza frapposta; poichè è accaduto, che l'Operatore ha talvolta spinto un margine dell'incisione della vescica avanti

lo stromento, e che ha afferrato colle branche della tanaglia unitamente alla pietra il margine della vescica.

Occorre non di rado di vedere un Chirurgo che dirige la tanaglia profondamente nell' incavatura del destro lato della vescica, ivi sentesi la collisione sulla pietra, questa quindi sdrucciola in quella del sinistro lato; l' Operatore la segue quivi, e va facendo in questa maniera inefficaci, e tuttavia dolorosi tentativi. Quest' idea di cavità della vescica corrispondenti ai lati dell' intestino retto sono un mero inganno. Quando il Chirurgo volge il manico della tanaglia al lato destro, e per conseguenza le branche al lato sinistro, quindi di nuovo nel destro, nella maniera stessa non potrebbe muovere la tanaglia in una vescica; ma qui la vescica trovasi contratta sopra il calcolo; essa si muove in totalità dal suo sito, ed è trasportata sulle estremità della tanaglia!

Io mi sono assicurato di questo: dopo aver veduto questo cangiamento per qualche tempo, ho introdotto il dito nella vescica, e la ho trovata contratta e cedente colle sue pareti applicate al calcolo, ed esattamente adattantisi alla sua forma. Per afferrare

la pietra in questa condizione della vescica, fa d' uopo soltanto di dilatare le branche della tanaglia, le quali allargando la vescica, la pietra viene ad occupare lo spazio che trovasi tra le medesime, e nel chiuderle dolcemente, la pietra trovasi afferrata. Se questa distensione della vescica fatta in una direzione, la cosa non riesce, si otterrà l'intento facendola in un' altra.

Io osserverò inoltre, che le tanaglie sono stromenti mal adatti per riconoscere la situazione esatta della pietra. Quando in ciò incontrasi qualche difficoltà, egli è meglio dar di piglio a quella specie di tenta, che abbiam chiamata col nome di *ricercatore*, e potremo con essa toccare la pietra, e se fosse necessario, snicchiarla dalla sua cavità, se l'avesse, e portarla in avanti.

Coagoli di sangue talvolta sono capaci a confondere l' Operatore; poichè il sangue che ha rigurgitato nella vescica, riempiendola, circonda la pietra egualmente, che la tanaglia ancor chiusa, la quale s' aggira su d' una molle massa. In simile circostanza, si cava la tanaglia, nettasi con acqua tiepida la vescica collo schizzatojo.

Ma succede talvolta che a cagione di non

aver tagliato sufficientemente il muscolo trasversale, od il rilevatore nella esterna incisione, o perchè il *gorgeret* non ha tagliata la ghiandola prostata, e le resistenti fibre che formano lo sfintere della vescica, la pietra non possa venir estratta. S' impiega una grande violenza, e le grida dell' ammalato fannosi sentire per attestare questa violenza.

In questo caso il Chirurgo introdurrà il dito nella ferita, e sentendo che, o nella parte inferiore della medesima havvi un sodo cingolo carnoso, o che l'incisione della vescica presenta una specie di stringitura che non cede, e non si dilata, dovrà dilatare l'incisione. Se questa sede di stringimento fosse ne' muscoli del perineo, s' impiega lo scalpello per tagliare le fibre, mentre si deprime col dito indice dell' altra mano l' intestino retto. Se l'ostacolo fosse nella vescica, s'introdurrà il bistorino a bottone, e si dilaterà l'incisione del collo della vescica lateralmente.

Quando la pietra è tenuta ferma dalla tanaglia, essa non debbe allora venir ad un tratto estratta. Dobbiamo pure osservare, ch'egli è impossibile che la ferita si dilati in su, perchè s'incontra quivi l'arco del pube; ed io ho veduto più e più volte succe-

dere, che il Chirurgo per mancanza di quest' attenzione, tirando direttamente fuori la pietra, questa sporgendo oltre la tanaglia, urtò contro le ossa del pube, e fu respinta dalle branche della medesima; e se la pietra è tenuta ben ferma fra queste, l'uretra è soggetta ad essere lacerata.

Quando questa difficoltà occorre, debbonsi perciò deprimere i manici della tanaglia sull' ano, ossia sull' intestino retto. Queste parti cedono, se sono state convenientemente tagliate.

Se dopo aver bene afferrata la pietra, essa non può uscire facilmente, si porta un dito lunghesso le branche, per esaminare se si trovasse collocata trasversalmente; se ciò fosse, tenendo la pietra meno fermamente fra le branche, e spingendo un' estremità della pietra colla punta del dito, si può ridurla in una più favorevole direzione per l' estrazione.

Quando la pietra è grossa, e l' incisione è stata fatta tanto ampia quanto il permette la struttura anatomica della parte, ed è ciò nulladimeno difficilmente rattenuta dalla tanaglia, io ho più volte liberato l' infermo dal lungo soffrire, e dagl' inutili sforzi, coll' introdurre due dita nell' intestino retto solle-

vando il calcolo in maniera, che esso potesse venir meglio afferrato, ajutando la tanaglia nella estrazione del medesimo collo spingerlo in avanti a traverso l'incisione: e quand'anche quivi ricada dalla tanaglia, non rientra nella vescica; qui trovasi già il calcolo sulla strada per sortire, e qui lo rattengo. Io ho veduto un ammalato in uno Spedale pubblico condotto al fine de' suoi giorni per le lunghe, e continuate violenze usate da' Chirurghi, soltanto perchè eglino non ebbero l' avvertenza di ajutare l' estrazione del calcolo colle dita indice, e medio portati nell' intestino retto.

Quando la pietra è grossa, la tanaglia, quantunque per la conica sua forma prepari la strada alla pietra, non debb'essere tirata fuori in linea retta, ma bensì dirigerassi nella conformità istessa, in cui l' Ostetricante muove il *forcipe*, cioè con movimenti laterali; portando in basso una branca, debbesi ritenere alla sua altezza la tanaglia, e quindi con un movimento de' manici diretto all' altro lato si va dilatando il passaggio finchè la pietra sia uscita.

Se la pietra estratta trovasi aspra in tutta la sua superficie, havvi la presunzione che

non ve ne sia alcun' altra; ma su di ciò non v'è certezza, e noi dovremo esplorare di nuovo la vescica. Se un lato della pietra trovasi liscio, e l'altro aspro, v'è ragion di credere, che sianvi altre pietre. Giova ricordare ch'ella è cosa molto pericolosa il lasciare ancora una pietra nella vescica dopo l'operazione della litotomia; perchè l'infiammazione prodotta dal taglio viene aumentata dalla irritazione continua, che v'induce la pietra, e farà perire l'operato; in vece che, se sollevato dall'irritazione della pietra, le parti soffrono soltanto l'effetto dell'operazione, la guarigione sua è più sicura.

Se la pietra si è rotta, si riuniscano insieme i frantumi facendo il possibile di coglierli tutti; e quando essa si è rotta tra le branche, debbesi procurare di farne uscire i minuti pezzi mediante ripetute injezioni fatte collo schizzatojo, o colla saccoccia a injezione, mentre poi col dito si esaminerà che non ve ne resti alcuna porzione considerevole.

Io serbo diversi casi di pietre rattenute in particolari saccoccie della vescica; tuttavia io posso ancora dire, come già il dissi nella prima edizione, che questo è un caso raro. Io ho soventi volte sentito parlare all'orec-

chio all' occasione di operazioni protratte, di pietre insaccate, ma trovavasi poi sempre che la difficoltà dipendea da una mal fatta incisione. Queste pietre insaccate apportano assai pochi incomodi, e non esigono l'operazione (*).

Io so che pietre possono trovarsi aderenti, e la natura dell' adesione è questa: il Sig.r

---

(*) Quantunque sia vero che un calcolo insaccato non produce gravi incomodi, e che perciò l'ammalato difficilmente si sommetterà al cateterismo esplorativo, e tanto meno all' operazione della litotomia, potrebbe tuttavia essere urgente il riconoscerlo, o per intraprendere un' operazione divenuta indispensabile, o per assicurare l'ammalato che il suo male è di una natura a poter essere tollerato senza pericolo. Sull' analogia del suono diverso che ottennero dalla percussione del petto ora pieno, ora sgombro, Avvenbrugger, ed il suo Ill.e Commentatore Corvisart onde distinguer potessero lo stato della cavità del petto, io tentai per mezzo del catetere di riconoscere se il calcolo fosse insaccato. Il suono che tramanda la stremità d' un catetere che urta su di una nuda pietra entro la vescica, è chiaro; esso, al contrario, è oscuro quando il calcolo è insaccato, e questa oscurità di suono sarà più o meno considerevole secondochè le pareti che lo avviluppano, saranno più o meno dense. In esercitando gli Allievi al cateterismo esplorativo per riconoscere la presenza del calcolo, io son solito far loro por mente a questa circostanza.

Lynn nel fare la litotomia, afferrò la pietra, e la portò fuori con qualche difficoltà, ma con grande sua confusione, trovò che avea rovesciata la vescica, e che la pietra le stava aderente. Egli l'avea staccata da carnosità sorgenti dall'interna tonaca della vescica, nella guisa stessa che si leva via dalla polpa, a cui sta attaccato un nocciuolo d'una pesca matura, e rimise al suo sito la vescica. Presentò la pietra al Sig.r Hunter come una prova contro l'opinione di lui, il quale crede che parti viventi non possano stabilire adesione con sostanze inanimate. Il Sig.r Hunter ritorse il fatto alla sua opinione, e convinse il Sig.r Lynn che ciò era una pietra formatasi in una escrescenza fungosa della vescica in conseguenza di malattia, e non già una pietra aderente alla vescica.

Il Sig. Everardo Home è d'opinione che calcoli contraggano aderenza per mezzo di linfa concrescibile. Io serbo una bellissima preparazione che stabilisce la verità di questa opinione.

Trattamento dell' ammalato dopo la operazione.

Si mette sopra la ferita un pezzo di lino unto d'olio, s'avvicinano, e legansi insieme

le coscie con molle legaccia, e l'operato debbesi trasportare a letto: si metterà sotto il malato un lenzuolo a più doppi nella guisa che si pratica per una donna tostochè ha partorito. Ordinariamente gli si somministra qualche rimedio opiato.

L'orina pendente i primi quindici giorni, esce a traverso la ferita. Sovente tuttavia al secondo, o terzo giorno, essa passa per l'uretra. Questo è semplicemente dovuto alla tumefazione indotta dall'infiammazione che vi si desta, epperciò temporario. Verso il fine de' quindici giorni, l'orina ricomincia a sortire per l'uretra, ed in un'operazione che vada perfettamente a seconda, le parti si disporranno alla cicatrice in tre settimane. La medicazione debb' essere assai semplice; tutta la cura nostra sarà di medicare blandamente, e di far attenzione che non venga ad arrestarsi nè orina, nè suppurazione sulla faccia anteriore dell'intestino retto.

Io ho veduto la violenza dell'operazione senza che vi fosse nè emorragía, nè infiammazione, uccidere l'ammalato nello spazio di dieci ore circa. Il dolore prolungato, e la violenza dell'operazione, sono al di là di quanto il sistema nervoso è capace di sop-

portare, ed i poteri della vita restano distrutti, innanzi che queste cause trasmettansi al sistema vascolare.

Il primo periodo d' una grave infiammazione mette in pericolo la vita dell' operato. Quando questi trovasi fra le sofferenze del dolore, e della violenza dell' operazione, havvi incessante vomito, e singhiozzo. I principali rimedii, a mio avviso, sono fomentazioni calde, clisteri opiati; ma io so pure che, in questo stato d' abbassamento d' irritabilità dello stomaco, se le intestina si mettono in azione, questo allevia i più gravi sintomi.

Quando l' infiammazione trovasi nel suo più alto grado, debbonsi praticare senza esitazione ripetuti salassi; debbesi applicare un largo vescicante sull' addome, impiegare bagni tiepidi, non che amministrare blandi lassativi, e imporre clisteri anodini.

Emorragia.

Noi dobbiamo rivolgere l' attenzione nostra alla quantità del sangue coagulato che trovasi sulla tavola dell' operazione, prima di medicare il malato. La questione, che naturalmente quivi occorre, è questa; la

quantità del sangue è dessa tale a indicare il taglio d' una qualche arteria? e la perdita sua è dessa sì grande che ricomparendo l' emorragía, la vita del malato, o la sanità sua sieno in pericolo?

Il sangue può provenire sia dall' arteria trasversale del perineo, o dall' arteria del bulbo dell' uretra, o dal tronco di queste, cioè dall' arteria pudenda interna. La prima di queste arterie vien sempre recisa; la seconda è pure sovente tagliata senza che l'incisione lo esiga, e tuttavia non è certamente facile cosa lo scansarla; l'ultima è sovente lesa, e l'ammalato talvolta sen muore d'emorragía. Questa è la cagione di morte la meno scusabile allora quando l' operato soccombe alla medesima.

L'arteria del bulbo dell' uretra è un' arteria di non piccolo diametro; essa non sarà lesa se si dirige l' incisione verso la parte anteriore della ghiandola prostata, e se non si fa il taglio, come già osai dire praticarsi dalla maggior parte degli Operatori, lungo tutta l' estensione del bulbo: per lo più non si dovrà procedere come se fosse intenzione nostra di tosto scoprire lo sciringone. L' arteria va serpeggiando sotto il braccio dell' osso

pubis, e gettasi profondamente nel bulbo dell' uretra. Talvolta quest'arteria traversa sì basso che incontrasi sul tragetto dell'incisione. Dubito d'aver veduto tagliare quest' arteria in un ragazzo, e l' emorragia ne fu fatale.

Egli è tuttavia più d'ogni altra cosa necessario di far rimarcare il tronco dell'arteria pudenda interna. Essa può venir ferita sia dal bistorino nella prima incisione, sia dal *gorgeret*.

Quando il Chirurgo teme di ferire l' intestino retto, e porta l' incisione troppo vicina alla tuberosità ischiatica, o quando s'inganna nel fissare la linea dell' interno suo margine, e non calcola abbastanza che l' arteria pudenda interna scorre piuttosto verso la tuberosità, che verso l' ano, egli corre rischio di ferire quest' arteria.

Per iscansare il tronco delle arterie pudende debbesi prendere l'ano per direzione, e l' incisione debbe cadere vicina ad esso. Se s'introduce il dito nell' ano, trovasi l' intestino contratto, e si può perciò portare il bistorino rasente le tonache di esso; alcuni hanno medesimamente tenuto il dito nell' intestino affine di eseguire con maggior sicurezza que-

sta incisione. Ho parimente detto, che la parte convessa dello sciringone non debbe spingersi cotanto lateralmente; ciò non serve ad altro che a far cangiare la direzione delle parti, a far cadere il taglio sul bulbo dell' uretra anzichè sulla parte membranosa, e a dirigerlo più vicino all' osso di quel che sia necessario.

Nello spingere un ampio *gorgeret* a meno che si faccia inclinare lo sciringone nel destro lato, in modo che esso si trovi nel centro dell' arco del pube, il tronco dell' arteria pudenda interna è molto esposta ad essere ferita.

Il Chirurgo giudicherà dal primo getto e dalla direzione del sangue quale sia l' arteria, alla cui lesione dee venire in soccorso, come ciò pratica nelle altre operazioni. Se il sangue sorte con impeto dall' esterno lato della ferita, ed esplorando si trova che l' incisione sia più vicina all' osso di quel che l' Operatore s' era prefisso, prenda l' arteria col tenaculum prima di proseguire nell' operazione.

Quando l' operazione è stata lunga, finita la medesima, ordinariamente ogni scolo proveniente da piccoli rami trovasi cessato. Se

esso continua dopo l'operazione, non è più un' arteria di piccolo diametro. Non è già nell' atto dell'operazione, ossia quando il malato è ancora sulla tavola, che il pericolo dell' emorragia è grande, ma bensì quando essa ricompare tre ore dopo l' operazione, o la notte che segue la medesima. Questa seconda emorragía aggiunta alla perdita di sangue durante l'operazione, diviene eccessiva, e l' ammalato sorpreso dal freddo, e dal pallore di morte soccombe. Talvolta scampato da questa, una terza emorragía anche leggiera gli diventa fatale.

Se il sangue viene da sotto dell'arco del pube, ivi s' esige la compressione, o la legatura del tronco comune dell'arteria pudenda. Se l' emorragía non sembrasse abbisognare dell' ago, si raccomanda di portare nella ferita una cannula avviluppata di pezzolino, o passata a traverso di un pezzo di spugna; comprimendo essa contro l'osso ischio, arresta la emorragía proveniente dai minori rami dell' arteria pudenda, mentre permette all' orina di uscire a traverso la medesima.

Mi si permetta di rendere il mio Lettore guardingo contro un cattivo effetto risultante da questa maniera di comprimere i

vasi feriti. Il sangue può insinuarsi nel lasso tessuto cellulare del perineo, e così ingorgarlo per un certo tratto, in maniera a risultarne estesa, e cattiva suppurazione.

Se si svegliasse dolore, tensione con pienezza della vescica, alcun tempo dopo l' operazione, la causa di ciò potrebbero essere coagoli di sangue, i quali stimolassero la vescica, e rattenessero l' orina. Si può insinuare delicatamente il dito, e quindi il tubo della saccoccia a injezione onde portare nella vescica un po' d' acqua tiepida.

Dell' operazione della litotomia come si eseguisce nello Spedale di Westminster.

I signori Lynn e Carlisle hanno recentemente praticata l' operazione, giusta il metodo di Frate Cosimo. Io vorrei, che altri Chirurghi di minori cognizioni forniti e di men grande abilità dotati nella professione loro, avessero fatto rivivere questo modo di fare l' operazione. Io penso, che gli errori stessi, i quali tenevano dietro alle operazioni fatte da Frate Cosimo siano tuttora quelli che sono facili a commettersi in questa maniera di operare. L' operazione ha certamente il vantaggio della semplicità, e del

mezzo meccanico nell' operare; havvi in essa minor pericolo di non penetrare nella vescica.

Uno sciringone di comune diametro viene introdotto nella vescica. La prima incisione si fa nella maniera ordinaria; si taglia l' uretra nello stesso sito, e nello stesso modo; ma in vece del *gorgeret*, s' introduce il bistorino nascosto nella vescica lungo la scanalatura dello sciringone.

Si cava lo sciringone; allora si tiene con ambe le mani il bistorino, e si volge in guisa tale, che il margine del bistorino si presenti al sinistro lato della vescica; e la molla essendo compressa a far sortire il bistorino dalla scanalatura in cui sta nascosto, lo stromento tagliente trovasi nell' opportuna correlazione colla vescica, se si spinge con un movimento uniforme e continuato.

Debbesi fare l' incisione della vescica nella direzione ordinaria, e l' estensione sua sarà pure la stessa che quella praticata negli altri metodi. L' operazione su tutti gli altri riguardi vuol essere condotta a fine, come quando impiegasi il *gorgeret*.

Le obbiezioni fatte all' operazione di Frate Cosimo sussistono quivi tutte nella loro

piena forza; e queste sono state soventi volte disposte in assai spaventevole ordinamento. Questo metodo, per verità, ha il vantaggio che già hanno messo in campo i fautori di Frate Cosimo, cioè, che quegli che ha destrezza, e quegli che ne manca, l'ignorante, e l'anatomico possono eseguirlo con egual sicurezza; ma con pace dei Cosimisti io affermo, che tutti eseguiscono sì fatta operazione con egual rischio di commettere errori.

L'orina è soggetta a sortire dalla vescica prima che l'incisione sia stata fatta alla medesima. Ciò ne aumenta il pericolo; perchè allora il bistorino essendo sollevato nella vescica, può tagliare tutto il lato di questa. Se il bistorino fosse rialzato, e l'incisione non fosse tosto eseguita, la vescica contraendosi, si troverebbe particolarmente in pericolo di esser tagliata dall'acuta punta del bistorino. Se il bistorino fosse adattato per tagliare la ghiandola prostata, ed un poco del collo della vescica, sulla supposizione che la vescica sia distesa, esso taglierà più di quel che sia necessario, se l'orina già è uscita, ossia se la vescica si trova contratta.

Inoltre, nell'operazione fatta col *gorgeret*

egli è possibile di rivolgere il tagliente obbliquamente in basso nell'adattarlo alla scanalatura dello sciringone, in modo che il suo tagliente non venga a scorrere lungo l'osso; ma operando con questo stromento prima che siasi fatta l' incisione del collo della vescica, esso è già portato vicino all' osso, e quando si estrae il bistorino, è mestiere condurlo fuori troppo vicino all'osso, e rasente il medesimo. Esso è perciò particolarmente soggetto ad offendere l' arteria pudenda interna.

Per iscansare l'arteria in quest'operazione, primieramente si elevò il bistorino troppo poco, e la conseguenza fu di doverlo introdurre, e spingere ripetute fiate, oppure intralasciando di rifare questo taglio, la tanaglia dovette essere introdotta con difficoltà, e per conseguenza essa fu fortemente impedita dal collo della vescica ne' suoi movimenti.

Finalmente il Chirurgo corre grande rischio di ferire l' intestino retto in questa maniera di trarre senza guida lo stromento, come succedette a Frate Cosimo, ed a quei Chirurghi che poscia lo hanno imitato.

Operazione della litotomia eseguita col bistorino.

Stromenti. Uno sciringone scanalato sul lato destro; uno scalpello col dorso retto; la tanaglia litotomica comune. Questi tre stromenti sono tutto ciò che vi si esigerebbe; ma l'Operatore preferirà di avere tutto quello che può divenir necessario nell' operazione fatta col *gorgeret.*

Lo sciringone è tenuto nel centro, e con sicurezza nella vescica. Il Chirurgo facendo l' incisione sotto l'arco del pube, ed accanto l' ano, la porta profondamente verso la ghiandola prostata, tagliando ben vicino allo sciringone, ma non sul medesimo, e scansando l'intestino retto col comprimerlo in basso col dito.

Ora, portando il dito lunghesso lo sciringone, si sente la ghiandola prostata. Si fa scorrere la punta dello scalpello alcun poco obbliquamente nell' uretra, sul solco laterale dello sciringone, precisamente davanti la ghiandola prostata.

Si farà scorrere il bistorino nella scanalatura, finchè l' orina scoli; il dito indice disteso sul dorso del medesimo, e quasi al

livello dell' apice del bistorino finchè sia esso pervenuto nella vescica.

Avendo portato il dito indice nella vescica, ivi si terrà, estraendone lo scalpello. Allora s' insinua la tanaglia nella vescica diretta dal dito indice.

Se non si potesse tosto afferrare la pietra colle branche della tanaglia, s' introdurrà il dito nell' ano il quale sollevando la parte inferiore della vescica, la pietra viene portata tra le sue branche, e se ne favorisce l' uscita col medesimo dito, se dessa fosse di grosso diametro.

Io penso essere questa la miglior maniera di eseguire la litotomía; io la praticai in un fanciullo nella maniera seguente:

Collocatolo nella situazione ordinaria, e introdotto lo sciringone nella vescica, portai il dito indice e medio della mano sinistra nell' ano; allora facendo collidere in basso lo sciringone sulla pietra, lo toccai colle dita, e lo portai in avanti verso il perineo, ed accanto allo sciringone.

Feci allora l' incisione nella maniera ordinaria, ma invece di cercare lo sciringone per tagliare sopra questo, diressi l' incisione verso la sinistra parte della ghiandola prostata

sulla superficie della pietra. Fattovi sopra un ampio taglio, spinsi il calcolo colle dita poste nell' intestino retto, e ripiegate su se stesse a traverso la ferita (*). Il fanciullo non

(*) Quest' ultimo metodo è il piccolo apparecchio ossia il metodo di Celso, il quale sebbene generalmente parlando non sia da preferirsi all' apparecchio laterale, potrebbe tuttavia accadere che, trovandosi il calcolo, direi quasi, incastrato nel collo della vescica e in giovine persona, meritasse desso la preferenza su qualsivoglia altro metodo.

Dell' alto apparecchio.

Quantunque l' Autore non abbia parlato dell' alto apparecchio, ossia apparecchio ipogastrico, perchè rarissimo avviene il caso che si offerse la prima volta a Pietro Franco; ciò nondimeno, siccome la necessità di questo apparecchio potrebbe presentarsi sì negli uomini che nelle donne, come si presentò, non è gran tempo, ad alcuni Professori della scuola di Pavia, ne farò io per tale motivo un breve cenno.

Pietro Franco fatto il taglio della vescica al perineo trovò che la pietra avea un volume così grande, che non potea uscire per lo spazio triangolare del perineo, ed ei risolvette di estrarla con un taglio accanto alla linea bianca sopra il pube, e sulla pietra istessa ch' egli avea alzata colle dita già introdotte nell' ano, ajutato da un Assistente, il quale colle mani comprimeva sulla pietra il piccolo ventre del calcoloso, ed essa fu estratta, e l' infermo guarì.

Molte sono state le ingegnose modificazioni apportate

rimase più di tre minuti e pochi secondi

---

in appresso a questo metodo. Ora si propose di far bere all' infermo un' abbondante dose di qualche decozione emolliente allo scopo di distendere la vescica, ora si tentò di ciò ottenere coll' injezione nella vescica di questa stessa decozione; si propose eziandio, or di aprire la vescica dal di fuori sulla guida di un catetere ordinario o di uno sciringone; ed ora si progettò di aprirla col mezzo di un particolare catetere portante un adatto stilo onde pungere la medesima dal di dentro. Distesa con acqua tiepida la vescica si estrae il catetere, e si comprime l' uretra con un costrettore negli uomini, e comprimesi l' uretra nelle donne per la vagina contro l' osso del pube.

« Il malato giaccia supino sopra una tavola, o sopra il letto col petto basso, le natiche po' poco elevate sopra un cuscino, perchè gl' *intestini* discendano verso il *diaframma* e comprimano meno la *vescica*, il capo sia po' poco inclinato, onde non siano distratti i *muscoli dell' addomine.* »

« Collocato e legato il malato, con uno *scalpello mediocre*, il di cui tagliente sia convesso, appuntando col pollice, ed indice della mano sinistra allargati l'uno al di qua, e l' altro al di là della *linea bianca*, si taglieranno tra mezzo per la lunghezza di due o tre pollici trasversi gl' *integumenti sino ai muscoli*; egli è indifferente di tagliare, cominciando d' alto in basso, o di basso in alto, con avvertenza però di non tagliare i *muscoli* o 'l *peritoneo*, e che uno degli estremi della ferita sia immediatamente sopra l' *osso del pube.* »

sulla tavola, e fu perfettamente guarito in

« S' introducono le dita, per dilatare la ferita, onde scoprire bene i *muscoli retti ed i piramidali*, i quali si debbono po' poco dividere per la loro lunghezza, acciocchè si possa esplorare bene il *sito della vescica*, per sentirne il *tumore*: si asciuga dal sangue la ferita; quindi voltando il *dorso dello strumento* contro la *sinfisi del pube*, toccando, e ritoccando il *tumore della vescica*, quivi vicinissimo al *pube* si punge accanto la *linea bianca*, sino che si veda uscire il liquore; allora s' introdurrà un *altro scalpello* colla punta po' poco curva, e munita d' un *bottoncino*, si dilaterà la ferita verso la parte superiore, difendendo colla mano sinistra il *peritoneo* e gl' *intestini*: si allungherà poi il dito indice della mano sinistra, non meno per sostenere la *vescica*, che per dilatarla. Facendo questa dilatazione ci avverte Cheselden di non separare la *sostanza cellulosa*, nè altre fibre; che quivi poi ne accaderebbero *ascessi*.

« Fatta una certa apertura nella *vescica*, vi si mette dentro il dito, per toccare la *pietra*, onde allungare il taglio più o meno, secondo il maggiore, o minor volume di questa, avvertendo sempre di non tagliare l' unione del *peritoneo colla vescica*; perchè l' orina, spandendosi nel ventre, cagionerebbe gravissimi accidenti, se non la morte. Colle dita si allontanano, ed allargano mediocremente, e moderatamente le labbra del *taglio della vescica*; la *pietra*, se sia grossa, si vedrà, e si toccherà facilmente. S' introdurranno il dito indice, e mezzano della mano sinistra lungo l' intestino retto, o lungo la *vagina* nelle donne, colle quali dita si alzerà in su la

tre settimane: ciò nondimeno non è questo

---

parte posteriore della *vescica*, sicchè i *calcoli* vengano contro la ferita, e colle dita, coll' *uncino*, o col *cucchiajo*, come parrà più comodo, si estrarranno: l' *uncino* o il *cucchiajo* per lo più bastano, non dovendosi, che trarre i *calcoli* alla ferita, e con essi anco le *sabbie* si possono estraere, avvertendo di non lasciarne bricciola, la quale, se poi non escisse colle orine per l' *uretra*, potesse servire di nocciolo ad un' altra *pietra*; e se per le piegature, che fa la *vescica*, non si potessero estrarre tutt' i frammenti, benchè minuti, alcuni consigliano di far volgere sopra uno de' lati il malato, e tenendo la *vescica* con un dito per la parte superiore della ferita, *injettare* per l'uretra *latte tiepido*, o *decozione emolliente*, e così lavarla ed espurgarla, fino che non vi rimanga più bricciola di *calcolo* ». (Bertrandi Operaz. di Chir. t. II, Torino 1802).

Io divisai di porgere al Lettore la descrizione che il Ristoratore della Chirurgia Piemontese ci lasciò esattissima dell'alto apparecchio, come quello, al quale dovrà ancora ricorrere il Chirurgo allorquando colla debita dilatazione, o col taglio dell' uretra femminile non fosse possibile lo estrarre un voluminoso calcolo contenuto nella vescica di una donna, intorno alla quale operazione noi supplirємo al silenzio dell'Autore con un breve cenno.

Del modo di estrarre la pietra dalla vescica delle donne.

Il calcolo è assai meno frequente nelle donne che nel uomo. Se ne riconosce pure la presenza dagli stessi segni razionali e sensibili. Quando è riconosciuta la necessità

un metodo ch' io sarei per seguire un' altra

---

di estrarre un calcolo nelle donne, s' intraprende l'estrazione del medesimo in diversa maniera, giusta il variò volume del calcolo. Se il calcolo è piccolo, se ne tenterà dapprima la sortita procurando l' aumento della colonna dell'orina, sia con porgere abbondanti pozioni all'ammalata, sia con suggerirle di non espellire che a lunghi intervalli l'orina che si va raccogliendo nella vescica. Mancando questo tentativo s' intraprende la dilatazione del canale dell' uretra mediante conduttori o candelette di gomma elastica, di metallo, o di qualsivoglia altra sostanza, successivamente aumentate nel loro diametro. Forbite tanaglie servono al doppio uso di dilatare il canale, e di carpire il calcolo od altro corpo esistente nella vescica. Fu proposto di portare nell' uretra una tasta di spugna preparata legata ad un filo, impiegandola nella maniera stessa con che si dilatano con essa i seni. Ma vuolsi avvertire che talvolta non possono le donne sopportare questi mezzi meccanici senza soffrirne tormentosissimi stimoli di orinare. La stessa osservazione è da farsi sui varii dilatatori inventati da Tommaso Alghisi e da Domenico Mazzotti, quantunque il dilatatore proposto da quest' ultimo, siccome fatto di tre branche, dilati più uniformemente l' uretra e sia meno soggetto a lacerare la medesima.

Quando un calcolo in seguito a questi tentativi, od anche spontaneamente si fosse insinuato nell' uretra, se ne dovrebbe fare l' estrazione con adatte mollette, colla precauzione di fissarlo là dove si trova, e di favorirne l'uscita colle injezioni d' olio, e cogli altri soccorsi sug-

volta. La pietra può fuggire dalle branche della tanaglia, e la vescica non può essere facilmente tagliata su d'un aspro calcolo. Io credo pure, quantunque questo fanciullo non abbia mai avuto alcun sinistro sintoma, che si debba sempre recidere lo sfintere del collo della vescica nell' operazione della litotomia.

---

geriti dall'Autore parlando del modo di estrarre la pietra dall'uretra dell'uomo. Essendo indispensabile l'operazione della litotomia in una donna, resta a determinare quale sia il metodo a preferirsi tra la dilatazione violenta dell'uretra, del collo della vescica, ed il taglio di queste stesse parti; v'hanno di quelli che propongono il taglio del collo della vescica ad un solo lato, e v'hanno pure altri, i quali commendano il taglio fatto ad entrambi i lati. Alcuni credono inutile il recidere esteriormente l'orifizio dell'uretra, altri, all'opposto, pensano che faccia solo mestieri una dilatazione di questo orifizio in una direzione obbliqua a sinistra, illesa lasciando la vagina.

Io commenderei un solo taglio obbliquo a sinistra di tutta l'uretra, non che del collo della vescica, quando non fosse stato possibile l'estrazione senza taglio, e quando il volume del calcolo accuratamente esplorato ci lasciasse credere di poterlo estrarre per questa parte. Nel caso contrario io proporrei l'alto apparecchio sopra descritto.

Riguardo all'estrazione del calcolo nel caso ove l'operazione sia stata eseguita per l'uretra, deggio avvertire che la brevità dell'uretra permette al dito di esplorare la vescica, e talvolta di toccare il calcolo e di favorire con esso la uscita del medesimo.

SEZIONE QUINTA.

Delle Ernie.

Definizione.

L'ernia è un tumore delle parti molli, formato da una porzione di un interno viscere uscito da' suoi naturali limiti, entro cui sta contenuto. Quando io dico dai limiti che lo contengono, intendo dire delle pareti dell'addome, o dei naturali limiti della pelvi, non del peritoneo, poichè questa membrana è strascinata avanti dal viscere fuori uscito, e gli forma il proprio sacco. Io restringo il nome di ernia all' uscita dei visceri dell' addome, o della pelvi, escludendo l' ernia del cervello, quella dell' iride, e quella dei polmoni, le quali non sono che l' uscita di parti a traverso di ferite; in vece che nell' ernia propriamente detta, non havvi

ferita, e l' intestino è ricoperto dal sacco, ossia peritoneo, oltre i comuni tegumenti.

Le intestina, nella loro situazione naturale, sono esposte ad una considerevole compressione, ed un aumento accidentale di questa compressione è la cagione immediata dell' ernia. La parte allentata, o spinta fuori, soffre un minor grado della compressione generale, di quel che provava, essendo nella sua sede naturale; ed in vero, senza questa pressione, il viscere non sarebbe stato spinto fuori, nè si potrebbe dire, propriamente parlando, che fosse protruso fuori.

Quantunque, dacchè il viscere è spinto fuori, esso giaccia in una membrana inelastica, e nel tessuto cellulare, tuttavia questo involucro cede alla incessante pressione ed agli accidentali sforzi delle pareti muscolari della prima loro cavità. Havvi così una perpetua tendenza ad un aumento di volume del viscere fuori spinto.

Varietà delle Ernie.

Le ernie si dividono, e prendono differenti nomi dalla natura delle parti contenute; per esempio, diconsi *enterocele*, *epiplocele*, *entero-epiplocele*. Le ernie o si presentano al tatto, o sono nascoste ed interne. Quando sono esterne, le intestina, o discendono in conseguenza della dilatazione di qualche naturale apertura, o sortono a traverso un preternaturale scostamento delle fibre del parete addominale.

Le varietà di questi tumori sono:

1.° L'ernia, che si fa a traverso al canale spermatico. Questa si fa strada tra le colonne del muscolo obbliquo esterno, in quel sito, ove esse separansi per concedere il passaggio al cordone spermatico, e nelle donne al legamento rotondo dell' utero.

Vi sono sei varietà di questa specie.

L' ernia arrestatasi nel canale inguinale, senza che giunga sino all' anello propriamente detto.

L' ernia inguinale (*bubonocele*) quando l' intestino è spinto fuori dall' anello, e sta collocato nell' inguine.

L' ernia scrotale (*oscheocele*) quando l'intestino discende nello scroto.

L' ernia delle grandi labbra, quando le intestina discendono a traverso l' anello nelle donne. Un' ernia può quivi trovarsi, la quale sia discesa ad un lato della vagina.

L' ernia che si fa a traverso l' anello, ed entro il processo spermatico, essendo in contatto col testicolo, e congenita, comparendo fin dalla nascita, o per lo meno in un colla discesa del testicolo.

II. L' ernia che ha luogo sotto il legamento crurale, detta ernia crurale, o femorale (*merocele*).

III. L' ernia, che si fa a traverso il foro, destinato al tragetto dei vasi ombilicali, detta ernia ombilicale, (*exomphalos, omphalocele*).

IV. L' ernia fattasi a traverso qualche preternaturale apertura dei muscoli dell' addome, o dei loro tendini, chiamata col nome generico di ernia ventrale.

Dell' ernia nascosta.

Questa specie di ernia è senza alcun tumore, senza esterno indizio, o possibilità di poter distinguere la natura della malattia dal tatto. V' hanno i seguenti esempj.

I. L' ernia che ha luogo a traverso i fori preternaturali del diafragma, o il natural foro per cui passa l'esofago.

II. Quella che si fa a traverso il foro destinato a trasmettere l' arteria e nervo otturatori, foro posto nella membrana aponevrotica del grande forame tiroideo.

III. Nelle donne si fa un' ernia davanti all' intestino retto, ed a traverso la sua piega semilunare, quantunque questa, in seguito a straordinaria discesa del viscere, possa divenir ernia con tumore al perineo, od ancorchè avente un minor volume, possa venir toccata col dito portato nella vagina.

IV. Dalle aperture situate nella parte posteriore della pelvi, destinate a trasmettere il nervo ischiatico, può farsi l' ernia (*ischiatocele*).

In alcuni antichi Scrittori si parla di operazioni per sciorre aggruppamenti delle inte-

stina, ed altre interne cause di ostruzione. Venne pur anco proposto, a'nostri giorni, di aprire l' addome di un giovine per questo lodevole oggetto; ma il buon senso, ed il grave giudizio de' Consulenti, s' oppose all' ingenuità di colui, che la proponeva.

Il giovine Chirurgo debbe diffidare di questo mezzo dell' arte, e rigettarlo. L' idea di questa operazione nacque senza dubbio dall' abuso e dall' ignoranza degli empirici-erniarii ambulanti, i quali mostravano agli spettatori ignoranti una porzione d' intestino di un' ernia comune tra le loro mani (*a*), allorchè si accingevano ad una sì fatta operazione.

(*a*) Saviard, Haller, ed Hevin (*Mém. de l'Acad. de Pruss.*) erano di questa opinione. La Gastrotomia è un'operazione, la quale hanno più vivamente raccomandata gli Scrittori Medici che non i veri Chirurghi. Leggesi che il celebre Nuck impegnò un Chirurgo ad aprire l'addome per rimediare al volvulo. Ma la dissezione mostra che, priachè i sintomi siano per indicare l' esistenza di una malattia al di là della colica comune, nel volvulo, o *intro-susceptione*, l' intestino non è più riducibile. Esso non può neppur essere ridotto nel cadavere, dopochè ha avuto luogo il gonfiamento, e l' accumulamento delle interne tonache.

Sonovi molte cagioni dell' ostinata, e fatale ostruzione dell' intestino; ma la principale si è il volvulo, ossia *intro-susceptione* (*), e lo stringimento dell' intestino, conseguenza di briglie, e parziali adesioni tra di loro. È succeduto che l' intestino è stato intortigliato nel mesenterio, la qual affezione è stata collocata tra le ernie, mentre essa appartiene più propriamente all' *ileo*. V'hanno ancora altre cause d' ostruzione delle intestina; tali sono indurite fecce, stringimento, e scirrose stretture nelle intestina grosse; ma il comprenderle tutte ci allontanerebbe troppo dall' oggetto nostro, senza spandere neppur un raggio di luce sulla dottrina dell' ernia strangolata. Ci rimane quì ciò nondimeno, la necessità di descrivere i sintomi dell' ostruzione del canale intestinale.

(*) Nell' anno 1807, sul cadavere di un fanciullo in età d'anni tre morto di colica violentissima, riscontrai una intrusione fatta dall' intestino ileo nel colon, nella quale l' ileo si era insinuato entro tutta l' estensione del colon, sino alla porzione sigmoidea di esso, costituendo un duro cilindro risultante dai due intestini l'uno introdotto nell'altro, che fu difficile cosa lo scioglierli. Questo caso patologico mi venne gentilmente delineato dal Dottore Bracchi già mio distinto Allievo.

Sintomi d' ostruzione, e del volvulo.

Questi sono un repentino attacco di dolore acuto nel ventre, accompagnato da languore e da stimolo di evacuar il ventre, alla quale evacuazione succede ostinata costipazione d' alvo. Il dolore spesse volte trovasi concentrato intorno all' ombilico; sentesi quivi come se vi fosse una corda intortigliata, oppure toccasi un non so che di sodo, ed incordato nella superior parte dell' addome. Talvolta il dolore si riferisce a qualche punto fisso di questa regione. Vi si desta pure una distensione flatulenta delle intestina in qualche altra parte del ventre che si va avvoltando, con grande dolore vicino a questo punto morboso; quivi si fissa, e quindi gradatamente recede. Dapprima il polso è celere e duro; diviene poi cedente, piccolo, quasi un filo, e celere. In un con questo cangiamento del polso, la fisionomia resta abbattuta, ed offre segni di grande ansietà. Havvi generale inquietudine, singhiozzo, e fetidi ruti. L' addome addiviene teso e doloroso, e la pressione diventa insopportabile: succede un momenta-

neo sollievo, al quale vien dietro di nuovo un accesso di più violento dolore. La capigliatura è umida di traspirazione; un sudor freddo si mostra alla superficie del corpo; il polso si fa più debole, minutissimo, intermittente, e l' ammalato cessa di vivere.

Primachè la morte succeda, il dolore cessa, ma l'ansietà, l'inquietudine non diminuiscono; o per lo meno l' alterazione scolpita sul viso del malato indica al Chirurgo la mortificazione delle parti, le quali erano dolenti quando erano dotate di vita. E sovente gli amici trovansi delusi da una vana speranza di miglioramento, per vieppiù sentire il peso della fatale perdita.

Nel caso di ernia, oltre la costipazione d' alvo, e gli altri sintomi dell' *ileo*, trovasi un tumore occupante alcuna delle aperture quì sopra menzionate. Il tumore non è mobile, esso è più o meno teso, regolare, o nodoso, secondo la natura delle parti contenute, il sito dell' ernia, o la durata dello strozzamento. L' ammalato si duole d' una sensazione, come se il suo ventricolo fosse stiracchiato in basso verso il punto dello strozzamento.

Della cagione della morte.

Io darò un po' più d'estensione a questo soggetto di quel che convengasi ad un libro elementare, perchè esso è della più grande importanza, e debbe servire di fondamento a tutta la nostra razionale pratica, e perchè io penso essere una cosa assai poco conosciuta, od assai negletta. Nè m' incolpi il Lettore d'arroganza, poichè io presento soltanto le difficoltà senza assumermi il merito di sciogliere le medesime.

Quando apresi il ventre di una persona morta *d' ileo*, *d' intro-susceptione* o d' interno strozzamento, o d' ernia, lo stato delle parti più frequentemente è questo. Havvi nella cavità dell' addome un torbido siero. Pochi giri delle intestina occupano tutto l'addome, come se dessi avessero spinto indietro, e nascosta la parte del canale posta sotto l' ostruzione. La porzione delle intestina distese è piena d' aria; presenta un color rosso intenso, ed in alcuni siti s' approssima allo stato loro gangrenoso.

Il colore di queste intestina è rosso-scuro con macchie di un color nericante ove ap-

pajono più numerosi i turgidi vasi. Sovrasta alle medesime pus e fiocchi di linfa coagulabile. Il peritoneo è pure di color rosso-scuro, e zeppo di vasi, ma non in egual grado colle intestina distese; vi esala un odore fetido particolare. Quando l' anatomico scosta ad un lato questi giri d'intestina, ne scopre altri in uno stato assai diverso, piccoli, compressi, non aventi nè colore, nè indizio d' infiammazione preceduta. Quando poi comincia a torsi dall' imbroglio che gli arreca la disegnale distensione delle intestina, egli trova seguendo la traccia di queste verso l'ostruzione, la loro superior parte di più in più dilatata, di colore più oscuro, ed in uno stato prossimo alla gangrena. La parte che trovasi annodata o strangolata sarà mortificata; ma la parte dell'intestino inferiore allo strozzamento, sebbene per un breve tratto, come se affetta fosse per l' immediato contatto, è nera e mortificata; non havvi tuttavia nè distensione, nè apparenza di turgidi vasi per infiammazione preceduta; per lo contrario, l'intestino è assai bianco e sgombro di sangue.

Si paragonino queste apparenze coi sintomi: i violenti tormini, e lo spasmodico attorti-

gliamento della parte superiore delle intestina, represso nell' orificio del sacco erniario, è la cagione della infiammazione violenta di questa porzione d'intestina. Si consideri ora quanti sopravvivano allorchè una sola porzione del canale trovasi incarcerata, e le materie contenute possono tuttora passare (*a*) a traverso alla medesima, e saremo portati a credere che la morte segue il più violento grado d'infiammazione della superior parte del canale; e che lo strangolamento è fatale come ostruzione, non già come immediata e diretta sorgente d' infiammazione e gangrena. Si crede comunemente che la infiammazione si estenda dal tumore ernioso nell' addome; e il dolore che soffre l' ammalato nella compressione del ventre, è preso per un indizio della propagazione dell' infiammazione al peritoneo; questa opinione che l' incacera-

---

(*a*) Io non voglio nascondere che una sola porzione d'intestino trovandosi nell'ernia sia sovente per distruggere l' ammalato, ma io credo che ciò succeda coll'impedire l' azione naturale del tubo intestinale. La sola infiammazione d'una porzione dell' intestino senza alcuna meccanica ostruzione, dà origine ad una ostinata ritenzione delle materie contenute nel canale.

zione dell' ernia sia una causa diretta d' infiammazione, e di tutti i mali consecutivi, ha dato luogo alla pratica di amministrare rimedii stimolanti. Ma se fosse stato conosciuto che la cagione di morte sono i violenti, ed incessanti sforzi delle intestina per isgravarsi dal loro peso proveniente dall' aumentata secrezione, dall' aria, e dalle fecce, i Chirurghi avrebbero cercato di reprimere questa violenta commozione, in luogo di fare de' tentativi coll' eccitare le intestina, per ritirare l' intestino strangolato con pericolo di offesa immediata del medesimo, e con aggravamento di ciascun sintomo pericoloso. Debbesi notare inoltre che quest' evidenza d' infiammazione violenta nella superior parte del canale come distinta dalla inferiore allo strangolamento, non è sempre veduta quando l' ammalato muore per ernia strangolata non ridotta. Io ho riscontrato una più estesa infiammazione sulla superficie peritoneale delle intestina, ma nella parte inferiore sempre in minor grado che nella superiore. Le ho pure osservate poco infiammate in paragone, quando il malato è morto in seguito dell' operazione, e nel caso in cui la porzione dell' intestino ridotto trovavasi

affatto mortificata. Tuttavia asserisco che si è l' ostruzione del canale che uccide il malato nel più grande numero de' casi, e non già lo strozzamento, e l' offesa indotta in una sola porzione del medesimo; e che l' ostruzione diventa fatale per il travaglio violento della tonaca muscolare delle intestina, il quale dà luogo alla infiammazione di queste.

Si ha l' evidenza soltanto nel malato che muore d' intestino mortificato, nel quale per lo meno non ha preceduto poco presso lo stesso grado d' infiammazione generale delle intestina. Ed in vero, quanto la variazione nell' apparenza delle intestina del cadavere non corrisponde con quelle del tempo e della maniera in cui seguì la morte del malato? Ma debbesi prima risolvere una questione.

Della causa dello strozzamento e della questione dello spasmo nel sacco, o nella stringitura.

È cosa naturale, che io rivolga l' occhio al libro più recente sul soggetto di cui si tratta.

L'Autore non parmi avere un' idea esatta (*a*)

(*a*) « Le cause stesse che producono l' ernia sono quelle che la rendono strangolata ».

della più frequente cagione dello strozzamento. La maggior parte de' Chirurghi considerano che quando l' intestino trovasi « così compresso a non essere più capace di eseguire la propria funzione, la persona a cui ciò accade, può dirsi in pericolo immediato ». Queste sono le parole del sig. Pott, e la sua conclusione risulta dalle premesse. Se lo scopo d'amministrare rimedii fosse lo sbrogliare l'intestino dalla sua stringitura, e se lo sgravarlo dalle fecce dovess' essere riguardato soltanto qual conseguenza di averlo sottratto a tale stringitura; io penso, ei prosegue, che qualunque sostanza amministrata dee godere della potenza o facoltà di stimolare, o irritare la tonaca muscolare del tubo intestinale. A me pare non esservi alcun altro punto capace di essere sì chiaramente dimostrato; cioè, che nell'ernia strozzata l'intestino trovasi in uno stato di assai doloroso eccitamento, e di azione alterata; che i rimedii purganti aumentano questo stato, e che senza punto negare che questi possano per un fortunato sforzo trarre la porzione dell'intestino dalla stringitura, osserverò soltanto che se dessi riescono efficaci nel ritrarre la porzione strangolata dell' intestino, non mancano di aumentare l' infiam-

mazione, il dolore, e l'azione intestinale, e di accelerare il termine de' giorni dell'ammalato.

A me tocca ora addurre le ragioni, per le quali io penso, che l'intestino sarà raramente sottratto allo strozzamento indotto dal violento eccitamento della porzione superiore, che si è la porzione posta tra lo stomaco, e la parte strozzata. Suppongasi che le pareti dell'addome in vece di presentarsi per ogni dove uniformi, e liscie alle intestina, riscontrisi in esse un'apertura preparata da adesione, o da erniario sacco, e che ne' movimenti delle intestina, od in conseguenza di generale pressione fatta ai visceri, una porzione d'intestino entri in questa cavità od apertura; sarà forse la porzione entratavi incarcerata, o strozzata da esse? No, certamente; poichè il successivo sforzo nel movimento peristaltico, o vermicolare dell'intestino, la conduce fuori del foro; essa quanto facilmente è cavata, con altrettanta facilità s'insinua di nuovo. Per incarcerare la porzione inchiusa dell'intestino, è necessario che le materie contenute nel medesimo, sieno spinte nell'intestino che forma l'ernia, al punto di distenderlo grandemente; ed in questo stato di distensione

dell' intestino non v' è sforzo del medesimo che capace sia di ritirarlo dal collo del sacco, o dall' apertura morbosa supposta; e la ragione si è, che la porzione incarcerata, distesa il più che si può, forma un angolo sì acuto coll' orifizio dell' apertura erniosa, che non può evacuarsi, e senza essersi evacuato non può essere ritirato. Due cose risultano da questa vista. Affinchè un pezzo d' intestino resti incarcerato, è necessario non solamente che sia sfuggito dalla cavità del ventre, ma che, al di là dell' apertura per cui si è insinuato, possa liberamente dilatarsi; poichè se non fosse disteso, non verrebbe strozzato, ma sarebbe bensì ritirato colla facilità istessa con che venne spinto. Da ciò appare inoltre, egualmente che da fatti riconosciuti durante l' erniotomia, che l' intestino strangolato deesi trovare dilatato. Nell' operazione delle bubonocele io ho veduta una porzione dell' intestino toccata col tagliente del bistorino, ritirarsi immediatamente; deplorabile errore! Così la erronea pratica di punzicchiare l' intestino erniioso era seguita dalla riduzione dell'intestino, perchè l'aria sortendo, l'intestino non restava più incarcerato. È cosa pericolosa lo stimolar la parte superiore dell' intestino

con interni rimedii affine di procurare la ritrazione della porzione incarcerata, giacchè egli è egualmente probabile di distendere con essi vieppiù l'intestino, che di ritrarlo, e così spingendo avanti l'ernia, di renderla più considerevole. La stessa obbiezione non si può fare alla pratica di stimolare l'inferiore porzione dell'intestino; perchè mentre ha luogo lo sforzo dell'intestino, non havvi la stessa tendenza a distendere di più in più l'intestino strangolato, e mediante l'evacuazione in basso esso può essere alleviato dallo stimolo (*a*).

Del sacco di un' ernia più particolarmente, e della parte che forma lo strozzamento nell' ernia.

Il termine di rottura, come si è detto, è improprio, poichè trasse la sua origine dall' idea, che fosse la crepatura del peritoneo, che dava luogo all' ernia. Il peritoneo discende avanti il viscere, e forma ciò che vien chiamato il sacco.

(*a*) Sovente quando un'ernia incarcerata si gangrena, scoppia, e scaricasi dalle sostanze contenute, le fecce si evacuano poi liberamente dalla ferita, comprovando che l'ostruzione è dovuta alla distensione dell' intestino, e non alla sua stringitura.

In un' ernia recente, il sacco conserva molto del suo carattere originale di peritoneo; ma nell' ernia antica, esso è denso, spesso, ed opaco, più rassomigliante alla dura madre, che al peritoneo. Nelle differenti ernie, il sacco del peritoneo varia in ispessezza in una maniera non facile a spiegare. L' ernia che discende a traverso il canale spermatico ha il sacco il più forte, ed il più spesso. L' ernia femorale ne ha uno più debole; e l' ernia ombelicale è particolare per la sua assai grande irregolarità del sacco; mentrechè riscontransi briglie o piccole fibre a guisa di cordicelle, le quali sono capaci di recidere l' intestino; esso sacco va soggetto ad essere in tal modo assorbito a scomparire affatto in alcuni siti.

Abbiamo già osservato, che i visceri nella cavità dell' addome soffrono una incessante pressione muscolare, mentre niente resiste all' aumento del tumore ernioso se non la fermezza del tessuto cellulare. Il primo passo all' avanzamento dell' ernia si fa mediante la dilatazione, e l' allungamento del peritoneo; ma l' aumento successivo conserva più la natura di un accrescimento, che di una dilatazione: poichè la distensione del sacco pro-

dotta dalle sostanze contenutevi, dà luogo ad un eccitamento nella membrana, e ne' suoi vasi, il quale vi accumula nuovi materiali, dando alla medesima la spessezza, e la forza, che non possedea naturalmente. Nella più recente ernia eziandio, il sacco non è solamente fatto dal peritoneo dilatato; poichè non si restituisce mai ai suoi primi limiti, nè può essere respinto entro l' anello senza lasciare dietro se ineguali piegature. Osservando io, che in tanti soggetti, porzioni di peritoneo sbucano dalle aperture del ventre senza contenere alcun viscere, ed essendo persuaso, che sovente vi debba essere un ernia del peritoneo (se posso valermi di simile espressione), primachè siavi un' ernia dell' intestino, io penso che una parte dell' omento in questo caso sia ciò che ha spinto davanti a se questi allungamenti di peritoneo, e sotto i legamenti, e tendini de' muscoli dell' addome. Sul cadavere assai sovente incontransi piccoli prolungamenti del peritoneo, simili al dito d' un guanto insinuatisi a traverso l' anello, o sotto il legamento crurale. Sia che questi prolungamenti precedano la vera ernia, sia che la piccola saccoccia presenti ancora una tale forma a non

permettere la distensione del tratto d'intestino entrato nella medesima, per istrangolare l'intestino è necessario, come ho già osservato quì sopra, che il sacco ne permetta la distensione.

Collo del sacco.

Siccome il corpo del sacco erniario aumenta in ispessezza, e forza, così ne avviene del collo; e sovente questo trovasi molto più spesso di quel che sia la parte inferiore del sacco. A me pare cosa sorprendente, che alcuno siavi, il quale chiami quale sia la causa di questo inspessimento del collo del sacco, o come avvenga, che il peritoneo sia una cagione di strangolamento. Serbo preparazioni che mi assicurano della verità di questo fatto. Ma di più non può egli il delicato omento, quando trovasi infiammato e aderente, strangolare l'intestino? Non vediamo noi quella porzione d'omento situata nel collo del tumore ernioso, divenire ferma, fibrosa, ed acquistare un tendineo addensamento? Non troviamo noi soventi volte che alcune specie di cordoni originariamente formati da linfa coagulabile, pervengono a strangolare le in-

testina, ed anche a reciderle? Dunque perchè non c' accorderemo nel dire, che il collo del sacco, la parte la più esposta ad ogni possibile stimolo, e sempre soggetta ad un eguale grado di compressione a cagione della parte entro contenuta, sia costantemente un cotal poco più sodo che il peritoneo nello stato naturale, e addivenga talvolta duro quanto un tendine? Io non ho mai veduto il caso, in cui l' ernia potesse essere ridotta con sicurezza senza tagliare il sacco, la necessità dell' operazione essendo dapprima ben manifesta. Io dirò arditamente, perchè penso d' essere obbligato a dirlo, da quanto m' è accaduto di osservare, che il collo del sacco debb' essere tagliato egualmente che il tendine che lo attornia, e che fra i due rischj, egli sarebbe meglio tagliare il sacco inspessito, e lasciare intatto il tendine, che recidere questo, permettendo, che il collo del sacco venga dilatato dall' intestino contenutovi, nei tentativi per ridurlo. Eziandío quando si è aperto il sacco erniario nel corso dell' operazione, noi dobbiamo con accuratezza trarre in basso la porzione d' intestino, che trovasi compresa nella strin-

gitura avanti di far sortire con pressioni l'aria dall'intestino istesso.

Il collo del sacco dovrà essere renduto in tale guisa libero, che una leggiera forza possa spingere le materie contenute nell'intestino ernioso, nella continua porzione addominale. Io credo, che questo grado di libertà può essere misurato coll' osservare se il dito entra facilmente nel collo del sacco. In una occasione, in cui io assisteva a quest' operazione, il Chirurgo sembrava temere la ferita dell' arteria epigastrica, sulla quale ei aveva sentito dire tante cose, epperciò tentò di respingere in dentro l' intestino, il quale era scevro da infiammazione, e affatto naturale, senza tagliare il collo del sacco. Dopo aver in vano tentata la riduzione in questa maniera, egli fu obbligato di compiere l' operazione nel modo ordinario. L' infermo fu sollevato per qualche tempo; ma al terzo giorno ebbe a soffrire gravi sintomi, l' addome si rese tumido con grande dolore, e l' ammalato morì d' infiammazione peritoneale. Si rinvenne nel cadavere, che tutte le interne tonache dell' intestino erano stracciate, e che la sola tonaca peritoneale rimaneva ap-

parentemente intiera. Questa però presentava un piccolo buco, il quale erasi fatto a cagione di ulcerazione stabilitasi dopo la riduzione dell' intestino, e dal quale le materie contenute negli intestini, erano passate nella cavità del peritoneo, ed aveano cagionata la morte per l' infiammazione che vi aveano destata. Questa è la conseguenza del portare il dito entro il collo del sacco, e del tentare la riduzione dell' intestino a traverso un troppo stretto orifizio. Dopo questo, non sarò io autorizzato a conchiudere, che l' intestino dopo essere stato alcun tempo incarcerato dalla pressione fatta dal collo del sacco, diviene incapace di sopportare quella forza di distensione, che richiedesi per dilatare il collo del sacco?

L' ultimo punto che io toccherò di passaggio in questo cenno preliminare alle ernie, si è la *stringitura spasmodica*.

Credesi comunemente, che i dolori spasmodici, di cui lagnasi l' ammalato nel caso di bubonocele, siano da riferirsi alla contrazione del muscolo sul collo del sacco. Dicono che l' anello del muscolo obliquo esterno, essendo di natura tendinosa, non possa partecipare alla stringitura spasmodica,

che perciò debba essere il margine del muscolo obliquo interno quello che abbracciando il collo del sacco, dà luogo allo spasmodico chiudimento; io non so quali particolari sintomi nella bubonocele si presentino, atti a sostenere questa proposizione; una spiegazione dell' origine, della contrazione muscolare, e spasmodica in questa specie d'ernia, può decidere la questione per riguardo a tutte le altre specie; e di fatto, le ernie sono tutte soggette allo stesso aumento e decremento di dolore, alla stessa successione di senso di stiramento in basso verso la stringitura, seguito da alleviamento e dal senso stesso di cingolo, e strozzamento nel sito della stringitura, il che diede origine all' idea, che questa fosse di natura spasmodica. In somma, con tutta la confidenza che si può avere in una materia sì difficile, e sì importante ad un tempo, ed in opposizione ad uno Scrittore sì meritamente elevato dalla pubblica estimazione, io affermo, che questi sintomi di spasmodica stringitura sono riferibili all' azione dell' intestino, e non al collo del sacco, o a fascie membranose.

Dell' incarcerazione e dello strozzamento.

L' ernia incarcerata differisce dall' ernia irreducibile per una parte, e dall' ernia strozzata per l' altra. L' incarcerazione consiste nella porzione dell' intestino rinchiusa nel sacco, siffattamente ingorgata di fluidi, o d' aria, che non possa essere ritirata, e ridotta nel suo sito, e che nello stesso tempo abbiavi un totale arresto al corso degli alimenti. Ma lo strozzamento dell' intestino in un' ernia, suppone l' idea, che la sorgente della sua vita, e della circolazione del sangue sia interrotta; in essa i vasi sono talmente compressi, che la parte passa ben tosto in mortificazione. Un' ernia può essere incarcerata, ed il movimento delle intestina interrotto per alcuni giorni; ma quando a ciò trovasi aggiunto lo strozzamento, allora il destino del malato è prestamente deciso; poichè l' intestino privato essendo di circolazione, poche ore bastano per distruggere la vita del medesimo.

Prima che sia distrutta la vita dell' intestino strangolato, ne resta distrutta la sua facoltà d' azione, e sovente quando un in-

testino strozzato viene ridotto colla dilatazione della stringitura, continuerà esso a restare inattivo.

Le ernie sono state classificate in acute, e croniche. A me pare questa una cattiva applicazione di sì fatti termini.

Perchè un' ernia abbia luogo, vi si esige una predisposizione, ed una causa immediata. La prima consiste in una non naturale lassità ed ampiezza delle aperture a traverso le parti tendinose dei muscoli addominali. Questa lassità può differire soltanto in grado; ed il grado d' ampiezza dell' anello, o dell' apertura risultante dal legamento della coscia fa tutta la distinzione.

Quando havvi grande lassità, il tumore si fa lentamente; l' intestino discende gradatamente; esso viene spinto fuori da qualunque leggiero sforzo de' muscoli dell' addome; non va soggetto ad essere strangolato, perchè l' apertura è ampia. L' ernia sovente appare nell' infanzia, o nell' età giovanile, e dura lungamente senza pericolose conseguenze risultanti dalla medesima.

Questa è quella che dicesi ernia cronica; ma essa è soggetta a divenire ad un tratto fatale, come ogni altra per la discesa di una

nuova porzione d'intestino o di omento, o per una straordinaria congestione delle materie contenute nell' ernia.

Quando havvi una minor predisposizione alla malattia, è necessario un più violento sforzo per produrre l' ernia. L' apertura a traverso cui essa discende, è piccola; l'intestino è più strettamente abbracciato; ed il progresso dalla incarcerazione alla ostruzione totale della circolazione vascolare della parte, cioè allo strozzamento, per lo più è molto rapido. E così su questo riguardo egli è vero che i soggetti giovani e robusti sono più esposti allo strangolamento, mentre nei bambini, nei quali la disposizione che è l'ampiezza delle aperture, è grande, e nei vecchi, presso i quali l'ernia è diventata voluminosa, havvi minor pericolo che l'intestino sia rapidamente strangolato.

I termini acuto e cronico sono più convenienti per significare il tipo naturale, e la tendenza di un' azione morbosa. Le distinzioni nel progresso dell' ernia prendono origine dall' effetto loro meccanico.

Carattere del tumore ernioso.

Le ernie vogliono essere distinte dagli altri tumori per le seguenti circostanze.

1.° Per la situazione del tumore, che corrisponde ad alcuno dei siti di dove per lo più escono i visceri; per esempio, quando il tumore copre l'anello addominale, o giace alla sommità della coscia, od occupa l'ombilico.

2.° Per l'impulso comunicato al tumore quando si fa tossire l'ammalato.

3.° Per la riducibilità del tumore nella cavità dell'addome di notte tempo, o quando l'ammalato si corica supino. Quantunque ciò non succedesse nel tempo, in cui si esamina il tumore, debbesi tuttavia indagare se abbia avuto luogo una volta.

4.° Per l'elasticità del tumore. Quando l'ernia è intestinale, essa è elastica; se l'intestino è riducibile, il tumore è compressibile, e accompagnato da gorgogliamento nell'atto che rientra; se trovasi incarcerato, il tumore diviene teso quanto una palla, restando però ancora distinguibile da un corpo solido. Quando il tumore contiene l'omento, esso è più irregolare.

Digitized by Google

5.° Per la diminuzione del tumore alla pressione. Se il tumore dispare, le aperture restano ancora ingombrate da qualche corpo estraneo frappostovi; questo si è il sacco vuoto.

6.° Quando l'intestino è incarcerato, e compajono i sintomi di ostruzione intestinale, havvi un dolore riferibile alla parte, ed uno stiramento del ventre verso l'anello.

7.° Il tumore, senza la comparsa di interni evidenti sintomi, sarebbe insufficiente per indicarci con bastante accuratezza, che la malattia è un' ernia, e per autorizzarci alla operazione. Io ho praticata l' operazione in casi, in cui le ghiandole inguinali attorniavano il sacco al segno di rendere oscuro il carattere dell' ernia; ed ho assistito ad una operazione fatta ad una donna, in cui due tumori idatidosi attaccati al collo del sacco, apportavano molta oscurità. Tuttavia, in generale, facendo una continuata pressione colle dita nell' atto di esaminare il collo del sacco, saremo nel caso di assicurarci se il tumore proviene di dentro, e se desso sorte a traverso l' apertura dilatata dei tendini.

8.° L'ernia è un tumore senza scoloramento:

Digitized by Google

v' hanno tuttavia eccezioni a questa regola: io ho veduti Chirurghi ingannarsi a cagione del colore rosso nel caso di un' ernia femorale, insistendo che la malattia era un bubone.

9.° Quando l' ernia rimane strangolata, il tumore diviene teso, resistente, e doloroso. L' ammalato soffre grave dolore nel maneggiare il tumore. I sintomi generali che concorrono con questi nell'ernia strangolata, sono il polso piccolo e celere, il singhiozzo, ed il volto alterato.

Dell' ernia che si fa a traverso l' anello dei muscoli addominali.

Noi abbiamo detto, che l' ernia inguinale è quella che si fa a traverso l' anello del muscolo obliquo esterno dell' addome; e che l' ernia scrotale si è l' aumento, ed una ulteriore discesa dello stesso tumore.

Con quali malattie si possa confondere quest' ernia.

Il testicolo disteso parzialmente, in un periodo della vita più tardo dell' ordinario, può essere preso per un' ernia inguinale; in simile caso venne talvolta applicato un brachiere. E che? Se io dicessi di aver veduto eseguire

l' operazione per la bubonocele in siffatto tumore del testicolo! Lo scroto mancante del testicolo basterà per renderci guardinghi contro questo errore.

Una saccoccia di fluido formatasi sul cordone spermatico, o l' idrocele del tessuto cellulare di questo cordone, possono essere presi per questa specie di ernia (*). Se il

(*) Un caso veramente spinoso occorse sono parecchi mesi al Professore Garneri. È stato da lui visitato un giovinetto di 10 anni, il quale da qualche tempo portava un doppio brachiere. Un tumore oblungo usciva a traverso l' anello inguinale, che aumentava mentre l'ammalato tossiva. In comprimendolo di basso in alto, il tumore rientrava alquanto, aumentando sopra la regione dell'anello, cioè nel canale inguinale, in proporzione che diminuiva nello scoto. E una mano applicata su questa regione e l'altra sullo scroto sentivano l'ondeggiamento di un fluido comprimendo alternativamente con una di esse. Mancavano i leggieri incomodi che sempre accompagnano l' ernia ancorchè nè aderente, nè strozzata. Il brachiere stesso che da lungo tempo portava l' ammalato, contribuiva a rendere perplesso questo oculato pratico nel suo giudizio. Ciò non pertanto, dietro ai sintomi dell' idrocele, ei credette che il tumore era un' idrocele cistica del cordone spermatico; che era eziandio possibile la disposizione alla discesa di un viscere; ma che il tumore che si toccava era unicamente idrocelico.

tumore è ampio, si può riconoscerne la natura della sua trasparenza, dall'uniformità, e dall' elasticità del medesimo: esso non riceve l' impulso della tosse come avviene nel caso di ernia (*a*).

La dilatazione varicosa delle vene spermatiche può dar origine allo stesso errore. Ma il tumore presenta al tatto la sensazione di un panno ripiegato, o talvolta di nodosi vasi. Inoltre il sangue venendo costretto colla compressione fatta col dito sull' anello, e sulla

---

Persuaso il Professore GARNERI della giustezza di questa sua diagnosi, nel farmi il racconto del caso soggiunse, che sarebbe in grado ed in questo ed in altro simile caso di persuadere chiunque ne dubitasse coll' irrefragabile seguente prova: sul tumore della cui vera natura si dubita, si applichi un brachiere che comprima esattamente contro l' anello la superstite fuoruscita porzione. Se il tumore è un' ernia, sintomi di strozzamento ne saranno la conseguenza, se all' opposto, esso è un' idrocele, il tumore comporterà la compressione del brachiere senza verun accidente di rilievo.

Io pongo sott' occhio al lettore questo esempio di difficile diagnosi, onde possa servirgli di norma in simili casi la condotta pratica del citato Professore.

(*a*) Talvolta esso riceve tuttavia l'impulso quando l'idropisia del tessuto cellulare del funicolo spermatico si estende molto in su nella cavità dell' addome.

parte superiore del cordone, di sortire dai vasi del medesimo, il tumore ritorna con un allargamento uniforme, e non con una discesa dall' alto, in conseguenza dell' ingorgamento fatto nelle vene dal sangue trasmessogli dalle arterie del cordone spermatico, e del testicolo.

Nell' idrocele della tonaca vaginale del testicolo, il tumore offre sovente la stessa forma di un' ernia scrotale. Esso sarà tuttavia distinto dalla sua uniformità e trasparenza; esso non riceve l' impulso quando si fa tossire l'ammalato; la diagnosi del tumore sarà ancora rischiarata dalla storia sua; s' esso ha incominciato nel testicolo, e si è insensibilmente esteso in alto, mentre nell'ernia, il tumore incomincia nell' inguine, e discende in basso nello scroto. Ne' bambini, l' idrocele cistica del funicolo spermatico è particolarmente soggetta ad essere presa per un' ernia.

Io ho veduti quattro Chirurghi sostenere unanimamente, che una bubonocele fosse una ghiandola inguinale suppurata. La storia della malattia, ed i sintomi urgenti basteranno costantemente per metterci in grado di distinguere l' ernia scrotale dal gonfiamento del

testicolo, o dall' ematocele, o la bubonocele dalla malattia d' una ghiandola.

Nelle specie più comuni d' ernia inguinale il tumore discende obbliquamente indentro, ed in basso; e questa specie si può conoscere dalla pienezza che si vede, e si tocca entro le colonne del muscolo obbliquo esterno dal canto dell' anello, che riguarda l' osso ilio; talvolta però, le intestina sbucano fuori direttamente dal di dietro dell' anello inguinale. In questo caso il collo del sacco si troverà alla parte interna dell' arteria epigastrica.

Quando l' ernia sorte a traverso l' anello, essa sovente strascina seco tendinose fascie, le quali trovansi disperse sul collo del sacco (*a*)

(*a*) Io trovo che in recenti Scrittori l'anello addominale, come vien chiamato, è tuttora assai male descritto quale una fenditura delle fibre del tendine. Se ciò fosse il cordone spermatico verrebbe senza fallo strangolato dall' azione dei muscoli dell'addome, e non sarebbe possibile che l'intestino ernioso sfuggisse allo strozzamento. Ma nell' anatomia naturale, noi troviamo il margine inferiore dell'anello rivolto in fuori in forma spirale, mentre la parte inferiore della colonna va diritto all'osso pubis. Questa inserzione dell' inferior parte della colonna inferiore reprime l'azione delle fibre spirali, le quali altrimenti, abbraccierebbero e stringerebbero di troppo il

sopra queste fibre discende la espansione membranosa proveniente dai muscoli dell'addome, e venendo considerevolmente resa ferma, ne risulta un esterno strato applicato alle tonache del tumore. Quando il Chirurgo in questa operazione, ha separato questi strati, egli trova ancora un'altra membrana, la quale io direi essere una espansione del muscolo cremastere, se non l'avessi trovata particolarmente forte nelle donne, nell'ernia delle grandi labbra (*). Sotto questa espansione havvi ancora il sacco, prolungamento del peritoneo di molto inspes-

---

cordone spermatico. Nell'ernia pure, e nell'ernia antica, le fibre marginali dell'anello non sono meramente fesse e tenute scostate dall'ernia, ma sono bensì distese ed applicate sul collo del sacco, in maniera che nessuna contrazione dei muscoli dell'addome agisce sul collo del sacco.

(*) Il Leggitore mi saprà buon grado che io gli faccia osservare che queste fibre considerate dall'Autore, quasi come una produzione del cremastere, siano veramente come tali dimostrate dal mio collega Crosetti, Professore d'anatomia umana, il quale in dimostrando i legamenti rotondi dell'utero, ritrovò che una specie di muscolo cremastere esiste nelle donne, il quale ha la stessa origine che nell'uomo, più o meno apparente giusta il vario stato muscoloso del cadavere, sebbene nelle donne sia sempre meno apparente di quello che il sia negli uomini.

Digitized by Google

sito per l'addizione di nuovi strati di tessuto cellulare.

Quando l'ernia viene in basso a traverso della lunghezza del canale spermatico, il sacco trovasi davanti il cordone, ed allo esterno dell'arteria epigastrica. Quando l'ernia esce fuori più direttamente accanto del tendine del muscolo retto, il sacco avrà sovente il canal deferente, ed i vasi del funicolo spermatico sparpigliati sulla sua faccia anteriore.

Della riduzione dell' ernia inguinale mediante la mano.

Dicesi *taxis* la riduzione dei visceri contenuti nel sacco erniario, ottenuta colla situazione dell' ammalato, e colla pressione della mano.

Per compiere questa riduzione, il malato dee appoggiare il capo e le spalle, avendo le anche, le coscie elevate e sostenute, e per conseguenza la spina incurvata, ed i muscoli dell'addome rilasciati. Le coscie debbono nello stesso tempo venir sostenute ed avvicinate insieme, affinchè col rilasciare l'aponevrosi del muscolo fascialata, l'anello possa essere alquanto rilasciato.

Il Chirurgo ora, frapponendo un suo braccio tra le coscie dell' infermo, applica ambe

le mani al tumore, avendo in mira nel primo tentativo di comprimere il tumore blandamente ed uniformemente.

Con ciò si prefigge di far uscire i fluidi contenuti nell'intestino ernioso, e spingerli nella continua porzione che è dentro la cavità del ventre; poichè, a meno che la distensione dell' intestino incarcerato sia diminuita, come potremmo noi aspettarci di ottenere la riduzione attraverso dello stretto anello? Essendoci riuscito di diminuire il tumore, tentisi allora di accumulare il sacco verso la parte inferiore, e nello stesso tempo di dirigere la superior parte del tumore verso il centro dell' anello; oppure si abbracci tutto il tumore colla palma della mano, e si applichino le stremità delle dita sul tumore come per impastarlo, e si dirigga il collo del sacco in linea retta, mentre le dita dell' altra mano conservano la pressione sul margine dell' anello, impediendo che la porzione già ridotta non ricada in basso.

Se questo tentativo viene a mancare, si esperimenti un'altra posizione, facendo tenere il malato appeso per le coscie.

Io non conosco altro errore più comune nel tentare la riduzione dell'ernia di quello

di spingere il tumore ad un lato dell'anello, mediante la quale direzione, il collo del sacco resta intortigliato, e la riduzione diventa impossibile, quantunque s'impieghi una grande forza. Tale sarà l'effetto dello spingere il tumore verso la spina anteriore e superiore dell'osso ilio, come viene raccomandato dai più recenti Scrittori.

Quando l'ernia è fatta in parte od intieramente dall'omento, la riduzione è sovente difficile, per essere questo una massa solida e non compressibile, la quale debb' essere ridotta coll' impastarla, per modo di dire, e col respingerla tratto tratto colle dita entro l'anello.

I tentativi del Chirurgo nel ridurre un'ernia, saranno perseveranti piuttostochè violenti. Le parti quando sono uniformemente difese dal sacco, sopportano molto in generale gli sforzi per ridurle; e certamente spesso, dopo venti minuti, si riesce. Ma ognuno ben presto s' avvede in pratica, che questi sforzi possono venir seguiti da infiammazione destata dalla violenza loro, ed io so che siffatta violenza diede origine alla crepatura dell' intestino.

Quando havvi strozzamento avanzato,

ossia compito, i nostri tentativi debbono essere fatti con maggior precauzione, e con minor perseveranza.

Mancando di successo per pura destrezza meccanica nella riduzione di un' ernia, conviene eccitare le intestina; ed io ho già detto che i rimedii lassativi dati internamente per bocca non debbono essere di natura drastica, e che sopratutto nei clisteri vuol essere riposta la nostra speranza. Questi poi non dovranno essere composti soltanto di un po' di liquida materia, per eccitare l'intestino retto come ne' casi ordinarii della loro applicazione, ma la totalità delle grosse intestina debbesi distendere con ripetute injezioni.

Mancando pure questi tentativi, s' impieghi l' infusione di tabacco fatta con due ottavi di foglie di questa pianta in una penta d' acqua, e durante l' intervallo di questi esperimenti, si applichino fredde fomentazioni con pezzuole sul tumore. Si abbia pure in pronto un bagno caldo; il salasso, ed il bagno caldo valgono soventi volte a produrre uno stato di languore, e la sincope, favorevoli alla riduzione; tentisi di nuovo la riduzione mentre il malato giace nel bagno.

Digitized by Google

Del brachiere.

Quando l'ernia è ridotta, toccasi ancora il sacco vuoto; ed ora il Chirurgo dee particolarmente guardarsi che una porzione dell' intestino rimanga nel collo del sacco, quando sta per applicarvi il brachiere; perchè, grave infiammazione, e gli effetti tutti dello strozzamento ne sarebbero la conseguenza.

Facendo ancora stare supino l'ammalato, coi muscoli dell'addome rilasciati, si esamina bene colà dove il dito s' interna nell' anello, e se è possibile, si distingue il tragetto del cordone spermatico. Si fa prova allora, se la pressione verso l' esterno lato dell' anello sia per ritenere efficacemente nel suo sito l'ernia. Questa pressione riescirà nel suo effetto, se l' apertura del collo del sacco sia affatto obbliqua a traverso i tendini del muscolo obbliquo esterno. La cosa essendo così, deesi applicare il cuscinetto del brachiere al lato esterno dell' anello, e in tale distanza dalla cresta dell' osso pubis a non comprimere il cordone spermatico contro quest' osso (*).

(*) Io sono persuaso che la costruzione del brachiere e la cattiva sua applicazione sono una causa molto fre-

Quando la pallotola del brachiere è applicata, essa può impedire la discesa obbliqua dell' ernia; e non premendo questa contro l' osso, non ne seguirà nè dolore, nè gonfiezza, nè stato varicoso del cordone spermatico. Ma il più comunemente l'orificio del sacco è in tale direzione coll' anello, che la pallotola debbe venir collocata più in basso; in questo caso il solo mezzo sarà d' accozzare in modo il crine della pallotola a darle la forma della lettera C, affine cioè, di lasciarvi una scanalatura per il tragitto del cordone spermatico (*a*). Un duro bottone a forte molla, assottiglia i tegumenti attorno l'anello, lasciando i soli tendini e la cute. Portando con perseveranza un brachiere adattato, si può dare che il collo del sacco acquisti adesione, e si obliteri; ma io non ho

---

quente di varicocele, di idrocele e di altri mali del testicolo stesso, come più volte nella pratica, mi si presentò l' occasione di osservare.

(*a*) La sostanza la più conveniente per la formazione della pallotola si è il crine cotto al forno, e sovente il malato stesso suggerirà la forma che gli si conviene senza incomodarlo, mentre quella data al brachiere dall' artefice, comprime ed irrita la parte.

fede alcuna che siffatte adesioni di membrane, quando non sono sostenute da una mutazione nello stato delle colonne tendinee dell'anello, siano in grado di opporsi alla recidiva dell' ernia.

Operazione per l' ernia inguinale e scrotale.

Che la malattia di cui si tratta sia un'ernia, la cosa è patente; i sintomi sono urgenti; tutti i tentativi sono stati fatti per ottenere la riduzione, il salasso, il bagno caldo, i clisteri stimolanti, tutto è stato adoperato indarno. Cheppiù si attende? Non si aspettino sintomi più formidabili per autorizzare il Chirurgo all' operazione.

Rasi i peli, si faccia la prima incisione dei soli integumenti, cominciandola un pollice e mezzo circa al dissopra del collo del tumore, ed estendendola sino al fondo del tumore, se trattasi di bubonocele. Portando il bistorino sino al fondo dello scroto, la tonaca vaginale del testicolo può venire aperta. Il sangue esce talvolta per la lesione delle arterie pudende esterne, ma raramente vi fa d' uopo l'uso del tenaculum.

Le dita essendo spiegate su ciascun lato dell' incisione, oppure il tumore venendo im-

pugnato colla mano sinistra nella sua parte posteriore, toccansi col bistorino con mano sospesa le piccole fimbrie trasversali del tessuto cellulare, che sono sfuggite al primo taglio; si scalfiscono quindi gli strati aponevrotici col bistorino, per insinuarvi poi la tenta solcata sotto i medesimi, separando uno strato dopo l'altro, col far iscorrere il tagliente del bistorino nel solco della tenta, fintantochè la sottile, o per lo meno la vera lamina del peritoneo appaja nuda.

Debbesi avvertire, che sebben raramente, succede però talvolta, che i vasi spermatici, e particolarmente il canal deferente, trovansi sparsi sulla parte anteriore del sacco dell'ernia in guisa che l'ammalato può venir pur troppo castrato con un colpo di bistorino primachè siasi aperto il sacco; epperciò si metta allo scoperto il collo del sacco, e si renda ben distinto dissecandolo alquanto.

Ora si solleva il proprio sacco colle mollette, e si apre portando il bistorino orizzontalmente; ne sorte un po' di umore. Lo specillo o la tenta vengono introdotti, l'apertura è dilatata, ed allora si sostituisce il dito, colla guida del quale, si fende il sacco verso l'anello.

Nel far questo, non v' è ragione di affrettarci; ed eziandio nel caso di qualche lieve dubbio, se sia o no il sacco ciò che si è discoperto, si faccia scorrere la tenta sotto la membrana. Se questo non fosse che uno strato di tessuto cellulare, la guida vi entra con difficoltà; ma se questa fosse penetrata nel sacco, la punta di essa s' avanza facilmente. Aperto il sacco, il ripeto, non si presenta sempre un intestino di color rosso scuro; ma talvolta l' adiposa sostanza cellulare dell' omento; questo pinguedinoso tessuto eziandio può trovarsi aderente al sacco, lo che può rendere ancora più perplesso il giovine Chirurgo.

Io penso che la fluttuazione del sacco non s' incontri che raramente: ne dobbiamo noi valutare grandemente il pronostico tratto dal colore del fluido che sorte dal medesimo, giacchè abbiamo le parti stesse sotto gli occhi.

Il Chirurgo allora introduce il suo dito nel collo del sacco per sentire il sito, ed il grado dello strozzamento. S' ei può facilmente insinuare la punta del dito nell' addome, può tentare di ridurre l' intestino senza ulteriori incisioni. Ma questo probabilmente non gli riuscirà; e il tentar di dilatare lo

stretto collo del sacco col dito è tanto pericoloso, quanto lo è il tentativo di comprimere l'intestino per farlo entrare forzatamente.

Se la punta del dito viene ammessa nell' orificio del sacco, allora questo, e l'anello essendo sollevati sulla punta del dito, si scalfiranno le fibre del muscolo trasverso che resistono colla punta del bistorino, mentre il dito può dilatare quanto vi rimane; ma, io lo ripeto, non debbesi portare il dito con violenza nell' orificio del sacco.

Si mette la punta del dito entro il collo del sacco come per sollevare il margine del tendine; il bistorino portasi in avanti sul dito, e ciò che sentesi fermamente teso e strignente, vien reciso, una fibra alla volta, colla punta del bistorino.

La direzione dell'incisione a farsi alla parte che strangola, debb' essere direttamente in su.

Quando il dito entra facilmente, lo strozzamento è sufficientemente tolto.

Se il collo del sacco non ammette il dito, allora l'Assistente tiene depresso l'intestino disteso, ed il Chirurgo insinua la tenta solcata tra l'intestino, e la parte che strangola, e col bistorino a bottone in punta, egli taglia l'orificio del sacco, e l'anello.

In questa parte dell' operazione, la tenta solcata sta appoggiata al dito, ed il bistorino si fa scorrere lungo quella. Ora poi non deesi fare l' incisione col movimento dello stromento, che si fa nell' atto di segare, ma semplicemente coll' elevazione del medesimo. In questa maniera, vengono recise le sole parti del tendine che resistono.

Il tagliente del bistorino dee dirigersi a traverso le fibre del tendine in su, senza che esso inclini nè dal canto del pube, nè da quello delle ossa iliache.

Il dito ora, seguendo la tenta, entra nel sito dello strozzamento; e portato a traverso ciò che pareva formare principalmente la stringitura, può ancora riscontrare un forte cingolo dell'intestino (l'interno margine del collo del sacco), là dove riguarda la cavità dell'addome. Quest' ultimo cingolo si dovrà sciogliere nella stessa maniera, che si è proceduto nel primo, mentre l' Assistente solleva con mozzo uncino l' anello, e difende col dito l' intestino al disotto. Fatto un taglio, essendo la prima cura del Chirurgo di tosto introdurvi la punta del dito, troverà questi, che quando è stato tagliato il collo del sacco, non sarà necessario che un ben

piccolo taglio del vero tendine, il quale dee pure essere tagliato, impiegando il bistorino a guisa di una leva, alzandone cioè il tagliente contro il medesimo.

Il cingolo che forma lo strozzamento, debbesi solamente, per così dire, toccare col tagliente del bistorino, deesi quindi tirar lievemente fuori dalla medesima, la parte dell' intestino che vi corrisponde; ed avendo in questa maniera reso libero l'intestino, si comprime delicatamente ed uniformemente tutta la porzione dell' intestino, per farne sortire l'aria; dopo del che, verrà ridotto nella cavità. Ma se fatto il primo taglio col bistorino non è possibile di trarre in basso l'intestino, fa d'uopo dilatare l'incisione.

Della direzione dell' incisione dell' anello, e se convenga tagliarlo, lasciando intatto il collo del sacco.

È stato raccomandato di sciogliere lo strozzamento portando il bistorino tra l' anello, ed il sacco; e siccome così facendo si lascia illesa una grande porzione del peritoneo, si è creduto che la cavità dell' addome resti dopo l'operazione più compiutamente chiusa. In molti casi ciò non è praticabile; e gene-

ralmente parlando, cred' io, che la convenienza di questo procedimento è mal fondata. Ella sarà malagevole cosa il far questo, quando havvi somma strettezza di parti, e grande distensione dell'intestino ernioso. Sarà difficile il tagliare separatamente i cerchii tendinosi che trovansi attorno il collo del sacco, senza toccare il medesimo, specialmente in un' antica ernia inguinale; e quando ciò è fatto, il sacco resisterà tuttora al segno di esigere la violenta introduzione del dito, che darà luogo all' offesa dell' intestino. Deesi riflettere che in nove casi di ernia su dieci, non sarebbe necessario di fare alcun taglio dell' anello, se ci fosse permesso di portare forzatamente il dito, e di distendere così l' orifizio del sacco. Ma questa distensione violenta è molto pericolosa pell' intestino ernioso.

Ledran ridusse il sacco in un coll' intestino, ciò che talvolta è possibile. Quest' idea trasse la sua origine dall' antica erronea opinione, che fossero le sole colonne dell' anello che cagionassero strozzamento all' intestino. Il malato morì di strozzamento, trovandosi l' intestino tuttora strangolato dal collo del sacco. Se questo caso fosse il solo, io non lo addurrei, ma da quanto ho detto parlando del

sacco erniario, debb' essere evidente cosa, che quantunque il sacco non sia talvolta cagione originaria di strozzamento, esso ne addiviene tuttavia in parte la cagione, allorchè l' ernia è stata di qualche durata.

Il tendine vuol essere tagliato francamente, affine di permettere la dilatazione del collo del sacco infiammato, ed inspessito dalla continua pressione; e d' altra parte, siccome la cagione dell' ernia risiede originalmente in certo difetto dei tendini, o in qualche cattiva loro conformazione, così l' ernia sarà particolarmente soggetta a ricadere tuttavolta che questi tendini sono stati ampiamente tagliati. Di più, quando il collo del sacco è tagliato, esso prontamente si consolida, ossia l' infiammazione lo rende più compatto, ed apporta sodezza nella cicatrice; ma quando il collo del sacco non è tagliato, non si può sperare che abbia luogo un sì pronto restringimento, nè una sì forte adesione del medesimo da opporsi alla recidiva.

La sola questione che ancor presentasi alla mia mente, è questa: l'infiammazione del peritoneo, cioè di tutto il peritoneo addominale, sarà ella più facile a succedere quando è stato tagliato il collo del sacco, o quando l' inci-

sione sarà portata sino al suo orifizio interno un pollice al di là? Su questo punto io desidererei avere un maggior numero di fatti patologici. Ma sui cadaveri di soggetti morti in seguito dell' erniotomia, che ho sin ad ora dissecati, non trovai che la infiammazione si fosse estesa dal taglio dell' orifizio del sacco lungo la superficie del peritoneo. L' infiammazione ha evidentemente la sua origine nell' intestino.

Il signor Cooper pensa, che lo strozzamento situato più in su nel collo del sacco (*a*) sia l' effetto della strozzatura fatta dal muscolo trasverso dell' addome, e consiglia il seguente metodo di tagliarlo.

Il Chirurgo insinua il suo dito nel sacco,

(*a*) È gran pezza che io riscontrai questo strozzamento in su, ed all' orificio interno del sacco, come si può vedere dalle mie dissecazioni. « Trovai, operando l' ernia inguinale, che la strozzatura non era nell'anello, ma nel sacco del peritoneo, due interi pollici nella cavità, e nel caso, di cui intendo parlare, lo strozzamento era sì completo, che l'intestino trovavasi gangrenato. *Appendix* p. 5. Casi occorsimi in appresso mi hanno confermato nell' opinione che quest' interno strozzamento sta nel peritoneo, e nella membrana cellulare che lo riveste, piuttostochè nei tendini o nelle fibre muscolari.

e lo porta a traverso l'anello dell' addome, finchè incontra la stringitura; egli introduce allora il bistorino munito di bottone in punta, di piatto lungo la direzione del dito, ma davanti il sacco, cioè tra questo e l' anello dell' addome, il dito servendo pure di guida al bistorino. In questa maniera egli porta il bistorino lungo la parte anteriore del sacco, sinchè lo insinui sotto lo strozzamento fatto dal margine inferiore de' muscoli trasverso, ed obbliquo interno; ed allora rivolgendone il tagliente, con un leggiero movimento del suo manico, divide sufficientemente le fibre che formano il cingolo, onde permettere al dito di penetrar nella cavità dell' addome. La direzione nella quale si fa quest' incisione, è perpendicolare, ed in senso paralello a quella che si fa dell' esterno tendine dell' anello.

Io non posso occultarvelo; ella è questa un' assai malagevole operazione, sia che il muscolo abbracci il peritoneo ancora nello stato suo di tenuità, e di elasticità, sia che desso siasi infiammato per la pressione sofferta, e siasi inspessito. Nel primo caso sarà difficile l' insinuare un bistorino a bottone sotto il margine del muscolo; un bi-

storino acuto perforerebbe il peritoneo; e se la membrana è inspessita, il sacco, dopo che il tendine od il musculo è intieramente reciso, resisterebbe alla riduzione del viscere ernioso. Inoltre, se la stringitura che si sente, fosse fatta da parti, che naturalmente abbraccino il tumore ernioso, allora sieno esse fibre tendinose, ovvero muscolari, una forte tenta introdotta sopra l' orificio del sacco potrà lacerarle, o distenderle in maniera, che non faccia d' uopo portare con pericolo il bistorino in queste profonde parti; e s' io non mal ravvisai, nel più grande numero de' casi, havvi un generale inspessimento del sacco, o del tessuto cellulare, ond' è attorniato; questa profonda dissezione all' esterno del sacco non sarà bastante a sciorre lo strozzamento senza la forza del dito entro il collo del sacco. Non si può dubitare, che in molti casi lo strozzamento risieda nel sacco. Io ho ragione di credere, che in ogni caso d' ernia, la quale abbia durato qualche tempo, il sacco divenga più o meno spesso; e credo pure, che quando l' infiammazione, o la compressione ha avuto luogo per un tempo considerabile, quantunque lo strozzamento possa aver avuta in origine la

sua sede fuori del sacco, questo partecipi tuttavia al medesimo.

Se la punta del dito introdotto incontra un anello intiero e spesso, egli è questo una stringitura dell' orifizio del sacco, che fa d' uopo tagliare dal di dentro del medesimo; poichè se dessa lo accerchia intieramente, non può essere una stringitura fatta dal margine di un muscolo, o di un tendine. Se questa stringitura fosse fatta dal margine del muscolo, il dito ne riporterebbe la sensazione di una cordicella tesa soltanto nella superior parte del collo del sacco.

Sharp dopo aver parlato della maniera di tagliare il collo del sacco, prosegue così: « Se esplorando col dito, sembrerà, che l'intestino sia strangolato entro l'addome, il che può succedere a cagione di stringimento del peritoneo, alla sua entrata nel sacco, in questo caso, fa d'uopo continuare l'incisione lungo tutta l'estensione del ristretto canale, altrimenti la conseguenza ne sarà fatale, avvegnachè l'intestino sia stato ridotto nella cavità dell' addome. A questo fine, l' Operatore dovrà introdurre il dito sin' entro la cavità, dopo ridotto l' intestino, affine di scoprire s' esso sia riposto

con sicurezza al suo sito. La dilatazione conveniente essendo stata fatta, si dovrà spingere delicatamente e gradatamente l'intestino nell' addome ec. » *SHARPEOS opérations, ninth édition page* 26.

MONRO così pure osserva « dopo che le intestina sono statè apparentemente ridotte, sarà dovere del Chirurgo di esplorare col dito per timore, che rimangavi qualche piccolo e ristretto anello, o trasversali fimbrie, o produzioni del peritoneo al disopra dell' anello del muscolo obbliquo esterno, le quali cose potrebbero far continuare lo strozzamento dell' intestino, mentre sarebbe facile cosa il renderlo libero tagliandole. « Sì fatti anelli, prosegue l'Autore, s' incontrano il più sovente in soggetti vecchi, che hanno portato lungo tempo brachieri ».

Il signor HEY nella decima sua osservazione così si esprime « lo strozzamento non era già formato dall' anello, ma intieramente dal collo del sacco erniario, entro il quale io non potei introdurre il dito. Fui costretto a tagliare l' anello molto in su, affine di potere con sicurezza dividere il collo del sacco; e quest' ultima incisione venne eseguita, portando il bistorino lungo il solco

di una tenta, fino a che fu fatta una sufficiente apertura per l' introduzione del dito ».

Nelle sue annotazioni su questa osservazione, l' Autore così continua « Questo caso presenta un esempio deciso in conferma degli altri già pubblicati, che comprova essere il collo del sacco atto a divenire sì stretto, al segno di produrre uno strozzamento fatale ».

Mi parve aver incontrato esattamente la stessa cosa nel seguente caso. Una porzione del colon trovavasi compresa in un' ernia inguinale; l' intestino essendo denudato coll' apertura del sacco, esso si elevò notabilmente, in guisa a non poter essere depresso nell' atto di scoprire l' anello; e l' anello sebbene reciso ampiamente in maniera a permettere la facile introduzione del dito, l' intestino rimaneva tuttora disteso, e non poteva essere riposto. Introdotto il dito per un pollice circa entro il dilatato anello, sentii che v' era ancora un altro anello più stretto di quello che già era stato tagliato. Insinuai il dito entro il collo del sacco sino a quest' ultimo, e vi feci colla punta del bistorino a bottone, un piccolo taglio, e lo dilatai poscia col dito. Quì io sono certo,

che se mi fossi ostinato nel tagliare sulla parte esteriore del sacco, non avrei sciolto lo strozzamento. Mi si potrebbe dimandare perchè supporre, che questa interna stringitura risiedesse nel sacco? Eccone la risposta: perchè essa presentavasi come un anello perfettamente circolare, e assai sodo, e non come se fosse puramente una fimbria tendinea tesa, che stringesse l'intestino, o il margine degli interni muscoli dell'addome. Inoltre in simili casi di operazione di bubonocele, io ho riscontrato, che in questo stesso sito un cingolo resisteva ancora dopo che tutte le fibre dei muscoli obbliquo interno, e trasversò erano state recise.

Ora fa d'uopo di far osservare alcune cose relativamente all'esteriore apparenza del collo del sacco. Il termine di anello addominale non è stato preso dalla naturale apparenza delle parti, quali si presentano nella dissecazione, ma dall'apparenza, o piuttosto dall'esplorazione del dito, mentre si eseguiva la erniotomía (*): poichè la fre-

(*) Il Dottor Angeloni in una nota posta a pie' d'una lettera stampata e diretta al Sig. Professore Barzelotti, parla diffusamente dell' improprietà del nome di anello

quenza dell'ernia, e l' occasione di operare

---

inguinale dato alla divisione risultante dalla fenditura della porzione aponevrotica del muscolo obbliquo esterno, ed osserva a proposito, che la parola *anello* non racchiude veruna idea di distanza fra l' interna ed esterna apertura per cui trascorre il cordone spermatico, quantunque essa per essere assai rimarchevole, lo indusse a chiamarlo canale inguinale.

L' Angeloni fece in quel tempo la dimostrazione di questo canale nello spedale di S. Ambrogio di Milano; comunicò questa sua scoperta al Professore Scarpa, al quale sembrò importante la osservazione, come apparisce dal suo grande trattato delle ernie. Hesselbac fece eziandio menzione di questo canale. Il Dottore Bracchi di Torino nella sua dissertazione di laurea, nell' anno 1812, *de Hernia inguinali*, non solo accennò su queste autorità una siffatta disposizione anatomica, ma ne diede un'accurata plancia da esso delineata, ed investigandone il vero scopritore, trovò che Riolano il figlio nelle sua Antropol. lib. 2 pag. 151, Parisiis 1626, avea già indicata l'esistenza del canale inguinale a chiare note in questi termini: « *Interim observabis*, dic'egli, *aponevrosim musculi obliqui externi prope os pubis esse pertusam, ut obliqui ascendentis et transversi aponevroses juxta spinam anticam et infernam ossis ilium sunt perforatae, ideoque foramina utriusque musculi non sunt directe opposita, ne tam facile intestinum in inguen, aut scrotum devolveretur* ».

Di quanto momento sia la esatta cognizione anatomica di questo canale, chiaro si vede dallo avere oggidì il nostro A. ed altri Chirurghi contemplata l'ernia inguinale esterna

presentò l' opportunità di osservare lo stato

---

avvegnachè non uscita ancora dall'anello inguinale esterno siccome un' ernia degna di tutta l' attenzione del Chirurgo pratico; per la quale specie d' ernia io pure ho più volte fatto costrurre l' acconcio brachiere, avente cioè una pallotola di forma oblunga, la quale comprima lunghesso tutto questo canale onde impedire l'ulteriore discesa del viscere. L' importanza di questa notizia anatomica appare ancora dal seguente caso singolare di ernia strozzata, rapportato dal mio collega il Professore GARNERI, inserito nel tom. 26 del *Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacie.* Un contadino in età avanzata, avea un' ernia antica all' inguine destro; fu assalito ad un tratto dai sintomi dello strozzamento. Il testicolo di questo stesso lato era fisso all' inguine e chiudeva l' apertura del muscolo obbliquo esterno; toccavasi quivi un tumore sopra l' anello inguinale, il quale era poco elevato, ma alquanto largo ed occupante lo spazio che v' è tra l'anello e la spina anteriore superiore dell' osso ilio a cui era più vicino che non all' anello stesso. Il Professore GARNERI giudicò che l' ernia potesse essere bubonocele esterna rattenuta nel canale inguinale, e credette che avesse dapprima distesa l' aponevrosi del muscolo obbliquo esterno, e che avesse in seguito sfiancata la medesima. Ma nell'atto dell' operazione, resasi indispensabile, egli rinvenne detta aponevrosi intiera, e soltanto distesa dall' ernia a cui formava una specie di invoglio aponevrotico, ricoperto ancora da un' altra sottile lamina del fascialata. Recise ambe queste aponevrosi ed aperto il vero sacco dell'ernia, ei trovò che lo strozzamento era fatto dal collo del sacco

morboso delle parti, primachè si praticassero dissecazioni, allora quando, cioè, gli Operatori, non conoscevano ancora l'anotomia naturale.

Nell'ernia recente, e primachè l'addensamento della membrana cellulosa che ne attornia il sacco, abbia confuse le parti, noi possiamo facilmente distinguerle tra i tendini dell'anello, ed il legamento di Poparzio; ma quando l'ernia inguinale è voluminosa, e di lunga durata, sentesi un più sodo circolo, ovvero un anello, introducendo il dito entro l'orificio del sacco; ma non iscorgesi una simile distinzione sulla esterna sua superficie tra il sacco ed il tendine del muscolo obbliquo esterno; perchè a misura che l'ernia si fa voluminosa e va discendendo, il tendine di questo muscolo vien disteso ed allargato sul collo del sacco; e nello stesso tempo la generale espansione del tessuto cellulare condensato, la quale copre i muscoli addominali, acquista maggior forza e spessezza, e ricopre inoltre la ineguaglianza delle parti,

---

cui dilatò col bistorino a bottone, e ridusse quindi nella cavità l'intestino con un compiuto successo.

la quale ineguaglianza potrebbe metterci in grado di distinguere il collo del sacco dal tendine del muscolo obbliquo esterno. Nella bubonocele eziandio delle donne, riscontransi queste lamine aponeurotiche sovrapposte, e divenute assai forti.

Prima dei tempi del celebre Pott molti credevano che lo strozzamento di un' ernia risiedesse nelle parti contenute, e che la stringitura fosse un accidente risultante dall' infiammazione, e dalla distensione dell' intestino; ossia in altri termini, che l' intestino fosse il primo ad essere infiammato, e che poi, a motivo dell' alterazione prodotta da quest' infiammazione, esso divenisse troppo ampio rispettivamente alla tendinea apertura, la quale perciò facesse pressione sul medesimo (*a*). Questa opinione è nata dall' infiammazione, e forse dall' ostruzione, la quale spesse volte continua dopo l' operazione: e ciò indusse molti ad un' assai pericolosa conclusione, cioè che, liberando l' intestino dalla stringitura, non si toglieva la malattia.

In verità, quando noi consideriamo che i tendini, ed i legamenti nell'ernia, non sono mai

---

(*a*) Ved. Pott. pag. 91.

così contratti come nello stato lor naturale, anzi, che trovansi sempre distesi, e presentano costantemente aperture più ampie, eziandio nell' ernia strangolata, di quello che offrano nello stato naturale; quando noi troviamo che queste parti sono le meno capaci di cambiamento di ogni altra parte del corpo, e lo sono certamente meno di ogni altra qualunque concernente l'ernia, veggiamo una forte ragione, per cui i Chirurghi dovrebbero rigettare l'idea, che il tendine sia causa attiva dello strozzamento. Io credo che si possa ritenere qual punto di dottrina dimostrato, che i muscoli dell' addome, ed i tendini loro sono meramente passivi nell' alterazione, che induce lo strozzamento nell' ernia. Quando una piccola ernia prorompe a traverso la fenditura di qualche parte della porzione aponeurotica o tendinea dei muscoli addominali, i margini della fenditura verranno a stringere il collo del sacco, e a produrre strozzatura. Ma quando un' ernia persevera qualche tempo, senza che resti alterata la funzione del viscere ernioso, lo strozzamento che può aver luogo in appresso, nasce da altre cagioni oltre i tendini, che circondano il sacco; e sebbene si possa dire che

questi tendini formano lo strozzamento, essi però non saranno che passivi, perchè trovansi eglino tanto distanti l'uno dall'altro, quanto lo erano prima, e sovente eziandio io gli ho veduti dilatati dall'ernia stessa. È il gonfiamento delle parti contenute, il quale costituisce la causa dell'incarcerazione e dello strozzamento.

Le parti nelle quali risiede la causa dello strozzamento, sono il peritoneo ed il tessuto cellulare che lo riveste, o l'intestino, o l'omento compresi nel sacco. In quale maniera l'intestino possa venir strangolato indipendentemente dall'alterazione del sacco, l'ho io già notato di sopra.

Rimanmi ancora di far osservare che una stringitura d'altra specie, sia essa prodotta dall'omento, o dall'adesione delle intestina, o sia essa prodotta da fimbrie di linfa coagulabile formatesi tra alcune delle intestina, diviene talvolta spessa e forte; che essa s'infiamma in conseguenza dello strozzamento dell'intestino; e s'intenderà allora come un'ernia incarcerata mantenga una reciproca influenza tra l'intestino ed il sacco del peritoneo; e che mentre quello trovasi irreparabilmente leso, questo s'inspessisce,

ed il suo tessuto cellulare resta disteso dall' infiltrazione di linfa coagulabile.

Si è quella sostanza addensata del collo del sacco, che fra venti casi di erniotomia, in diecinove, fa d'uopo tagliare, perchè altrimenti, esigerebbe uno inopportuno e pericoloso grado di forza per distenderla, comprimendo e respingendo l'inferior parte dell'intestino ernioso.

Dicono che se si può rendere libera l'ernia tagliando i tendini dallo esterno, senza perforare il sacco, ossia il peritoneo, ciò può essere fatto francamente e con fiducia. Questo è precisamente ciò che io nego. Perchè tagliare francamente i tendini dei muscoli, i quali sono il solo sostegno delle intestina nell'avvenire, mentre tagliando il sacco ed il tendine, non s'incide che assai poco di quest' ultimo, ed il collo del sacco si consolida nella cicatrice al segno di supplire al difetto del tendine?

Un esame più particolare della proposizione del Dottore Monro *di operare tagliando il solo tendine.*

Monro il padre, propose nel caso di ernia strangolata con aderenza del viscere al sacco, di sciogliere semplicemente ciò che strangoli,

e di lasciar soggiornare al di fuori le parti. Monro il figlio nella sua opera sulle *bursae mucosae*, procedendo sull' ammesso principio che le saccoccie e le cavità quando aperte, tendono a degenerare in una universale, e pericolosa loro infiammazione, propose di tagliare la stringitura del tendine, e di ridurre le intestina senza aprire il sacco. Quest' ultimo Monro dichiarò nello stesso tempo, che era questo procedimento una mera proposizione di Petit, osservando però, che quest' Autore avea male concepito il principio, sul quale avrebbe dovuto essere fatta l'operazione.

L' inglese Sostenitore di questa proposizione unitamente al sig.r Alessandro Voon ne fecero dei tentativi. Nel primo caso essi tagliarono il tendine e quindi ridussero l'ernia colla più grande facilità. Nel secondo caso (di ernia congenita) essi trovarono che il collo del sacco era ristretto, e che esigeva d'essere tagliato. Nel terzo caso, cioè di un' ernia voluminosa, tagliando il tendine, le intestina furono ridotte nella cavità. Nella quarta osservazione fu necessario dopo aver tagliato il tendine di aprire il sacco, e d'inciderne il collo.

Su questa proposizione, e su questi casi

tratti dai loro Autori medesimi, io osserverò ch' egli è un errore il credere che il tagliar prima il tendine, e tentare quindi la riduzione dell' ernia, sia un' operazione innocente; e che non riescendo, si possa fare dopo, l'incisione del collo del sacco. Per isciogliere la stringitura del tendine, si esige un assai ampio taglio, e dovendo dopo ciò, tagliare il sacco, la totale incisione rimane troppo larga.

Io ho costantemente osservato che quando la sede dello strozzamento credevasi per errore nel tendine, facevasi di questo un taglio ordinariamente molto ampio ad esporci alla lesione dell' arteria epigastrica; quivi il Chirurgo non può dire, finchè non ha inciso assai liberamente le parti, se le abbia tagliate abbastanza, o no; poichè la difficoltà può trovarsi nel sacco.

Inoltre per comprimere il sacco al segno di dilatarne il suo collo, la cosa può riuscire pericolosa all' intestino già ristretto, ed offeso in quella parte che corrisponde alla strozzatura. Che se alcuno dimandasse, perchè ora temesi di portare maggior offesa all' intestino, che quando se ne tentava la riduzione, intatto ancora il tumore; rispon-

derei, che, primachè si faccia l' incisione, l'intestino è più uniformemente sostenuto, e meno esposto ad essere offeso; aperto il sacco, esso permette all' intestino d' espandersi, mentr' è ancora tenuto stretto nel collo del sacco, e impiegando in questa condizione dell'intestino, lo stesso grado di violenza che s' impiega sul tumore ernioso, senza dubbio offenderà il medesimo.

Nell' operazione eseguita senza tagliare il collo del sacco, lo stringimento vien dilatato dalla compressione dell'intestino, fattale dalla mano del Chirurgo, applicata sulla parte inferiore del sacco, in comprimendo e distendendo l'intestino entro il collo, ossia contro lo stringimento. Io credo essere questa parte dell'operazione, cioè la distensione dello stringimento fatta dall'intestino stesso, piena di pericolo. S' ignora quanto si possa nella medesima insistere; s' ignora, se la difficoltà sia nel collo del sacco sotto lo stringimento del tendine, che già si è reciso, oppure se sia al di là di questo nell' orificio cioè del sacco; od anche, se non sia una fimbria, un' adesione che impedisca la riduzione dell' ernia. Fa d' uopo usare una grande forza, primachè si abbia riconosciuto se il collo del sacco sia

per dilatarsi o no: e non è, a mio parere, un forte argomento il dire: Avete fatto ogni tentativo per ridurre l'ernia prima di fare l'incisione: perchè non fare ora lo stesso?

Il fatto è avverato che in un caso, in cui il tendine solo venne reciso col bistorino, lo stesso grado di forza usato prima di toccare il tumore, fu impiegato senza successo. Io trovo pure che nella metà delle osservazioni riferite dal Promotore di questo metodo, riscontrasi stringimento molto sodo. Scorgesi inoltre in ponderando queste osservazioni, un' eguale probabilità che siavi uno stringimento nel peritoneo; che noi dobbiamo tentar di sciogliere questa pressione dell' intestino; e la cosa non riescendo, siamo poscia costretti a tagliare il collo stesso del sacco. Ora rammemorando io i casi che ho osservati di crepature dell' intestino, m' avvedo quanto sia quest' accidente facile ad accadere nella porzione d' intestino, che corrisponde a questo punto ristretto, ed offeso del collo del sacco, allorchè tutta la forza impiegata viene ad agire su questa parte; e considerando ben bene in ogni sua parte la cosa, veggo una maggiore probabilità che l' intestino venga offeso da

questo procedimento, di quel ch' ei sia per riuscire vantaggioso.

Supponendo tuttavia, che nella maggior parte de' casi, questo metodo del D.r Monro sia inammissibile, come io lo credo, la critica severa vuol essere convertita in lode pell' ingenuità dell' Autore, perchè dalla stessa originale sua idea ne risulta un vantaggio alla pratica. Havvi una specie d' ernia sì ampia, in cui una quantità molto considerevole d' intestina è insensibilmente sortita, e la cavità del ventre non ridona se non se con grande difficoltà ricetto ai visceri erniosi; e tuttochè ridotti, essi non possono essere rattenuti. In questo caso, lo aprire il sacco sarebbe in certa maniera lo stesso che aprire il ventre; e quando a cagione di presi alimenti di difficile digestione, a cagione di flati, o di arresto di qualunque altra materia, per la discesa di una nuova porzione d' intestino, insorge incarcerazione (nel quale caso vi è probabilmente ancora adesione dell' intestino al sacco), allora il tagliare i fascetti del tendine che abbracciano il collo del sacco, apporta un sollievo ai visceri contenuti nell' ernia. Si toglie con ciò la strozzatura, ed è meglio avere un aumento dell' ernia,

che fare dei tentativi per ridurre nell' addome i visceri fuoriusciti, quand' essi non possono essere rattenuti, od anche aprire il sacco, nel quale l' intestino, malgrado tutte le nostre attenzioni, non cesserà di nuovamente discendere.

Se fosse per avventura provato, che l' infiammazione che tende a distrugger l' ammalato, si estende dal taglio del peritoneo, il Lettore potrebbe dedurre da quanto ho detto nell' introduzione al primo Volume, in quale differente maniera, io sarei per ispiegarne il fatto. Ma io non ho mai veduto nella dissecazione, apparenza alcuna, che fosse per prestar fondamento all' idea, che l' infiammazione si estenda dal taglio, o dipenda dall' accesso dell' aria. Da quanto mi risovvengo, in ciascun caso, l' intestino era talmente aderente dietro l' anello, che impediva l' entrata dell' aria nella cavità del ventre, (se possibile fosse che questa potesse entrarvi nello stato delle intestina), e che avrebbe arrestata l'infiammazione, se essa fosse stata per estendersi dalla ferita nell'addome. Io sono d'avviso adunque, che in quelli che muojono dopo l' operazione dell' ernia, in conseguenza d' infiammazione, debbasi la morte attribuire all' infiammazione già in-

cominciata nelle intestina, primachè s' intraprenda l' operazione.

Lo Studente non potrebbe impiegare il tempo suo con maggiore profitto che percorrendo gli Autori sull' importante soggetto dell' ernia, e considerando questa materia istoricamente, accordare a ciascuno la lode che si è meritata o per utile novità, o per ingenuità di scoperta. Egli può cominciare da Dionis, Lafaye, Ledran, i quali spiegano assai bene la circostanza dello strozzamento fatto dal collo del sacco « *sacs à collets* ».

Ogni incisione del collo del sacco erniario vuol essere diretta in su. Questa è la direzione che parrebbe suggerita dalla sola comodità; ma se noi consideriamo la cosa con maggior accuratezza, troviamo che l' arteria epigastrica può venir lesa da un' incisione un po' ampia sia internamente che esternamente diretta.

Dell' arteria epigastrica.

L' arteria epigastrica sale per lo più nella parte posteriore ed interna del collo del sacco; ed anche quando essa trovasi in questa sua più comune correlazione coll' ernia, può essere ferita da una troppo lunga incisione, come io vidi succedere. Ma talvolta (come

quando l'ernia discende molto vicina al pube). l'arteria epigastrica resta fuori del suo sito, e tratta allo esterno lato del sacco, in maniera che, se noi tagliamo esteriormente, ed in su, essa rimane ferita.

Malgrado queste apparenti difficoltà riguardo al corso dell'arteria epigastrica, pochi sono gli errori che si sono commessi nell' operazione. Il pericolo è però sempre così probabile che non può non turbare la mente del Chirurgo nel tempo dell'operazione. Se il bistorino viene elevato a guisa di una leva sul dito, restavi appena la possibilità di tagliare quest' arteria, soprattutto avendo l'attenzione di recidere soltanto ciò, che fortemente resiste, e non già le parti più molli, e più cedenti. Io credo che l' arteria epigastrica sia stata tagliata, quando i Chirurghi si sono ingannati sulla cagione della difficoltà nel fare la riduzione dell' ernia, ed hanno estesa l'incisione al di là di quanto era necessario.

Ho veduto quest' arteria tagliata trasversalmente, e tuttavia l'emorragía non essere grave, senza ch' io potessi darne ragione. Il sig.r Sharp credette cosa facile il legarla, portandovi un refe coll' ago. Io penso che si possa afferrare colle mollette anato-

miche, o col tenaculum. Il sig.r Hey trovò che questo non gli riuscì praticabile, ed egli fu obbligato di arrestare l'emorragía con graduati pezzi di spugna rinchiusi in un pezzo di lino (*).

(*) Chopart et Desault giudicando inefficace questo mezzo e per lo più impossibile eseguire la legatura del vaso ferito, proposero di arrestar l'emorragía col dito applicato sull'orifizio del vaso, o con una tasta fatta di filaccia, di agarico, o con una molletta ad anelli, di cui se ne applichi una branca al vaso, e l'altra esteriormente, ma tutti questi ritrovati non parvero sempre bastanti al Dottor Francesco Pelizzo; e però egli propose un nuovo compressore di sua invenzione, composto di due branche unite con madrevite, le quali costituiscono un parallellogrammo, la cui altezza corrisponde alla maggior o minore spessezza delle parti molli che deve comprimere, e che si adatta a qualunque individuo sì pingue, che magro. Il modo d'azione di questo stromento è alquanto analogo alla pressione che si farebbe con due diti l'uno introdotto nella cavità, e l'altro posto sulla ferita, corrispondentisi, i quali facessero cadere il punto di compressione sulla polpa d'entrambi. Quest'ultimo mezzo, sempre pronto, e semplicissimo, sarà il primo a mettersi in pratica, seppure non fosse possibile il fare la legatura del vaso reciso. — Per ciò che riguarda il nuovo compressore, vedasi il Giornale di Medicina pratica del Sig. Cavaliere Valeriano Luigi Brera, Fascicolo xxiii, bimestre di settembre e ottobre 1815.

Di ciò che concerne più particolarmente l' intestino.

L' intestino vuol essere delicatamente ed uniformemente compresso, aggrappandolo colla palma, e colle dita di una mano. Evacuatane l' aria, l' ultima porzione uscita dell' intestino, si ridurrà la prima, con alternate pressioni, avendo cura che in fare tentativi per accelerare l' intiera riduzione non si spinga il dito con troppa violenza entro l' apertura del tendine, mentre l' intestino trovasi avanti di esso, per timore che le interne tonache dell' intestino, le quali sono delicate assai, ne siano lese. Quando una porzione d' intestino stette lungo tempo incarcerata, e tuttavia non è strangolata, ossia privata di circolazione sanguigna, è facile farsi aderente. Egli è evidente che l' intestino strangolato quando è privo di circolazione non può contrarre adesioni col sacco; ma mentre l' intestino rinchiuso nel sacco passa rapidamente in gangrena, la parte abbracciata dal collo del sacco aderisce al peritoneo. In una operazione, io ho separato colle sole dita questa specie di adesione. Io penso che non debbasi impiegare il bistorino in simile caso. Quand'

anche si dovessero tagliare i tendini ed il peritoneo per alcuni pollici, e si dovesse aprire la cavità dell' addome, sarebbe l' operazione meno pericolosa della dissecazione dell' intestino, fatta col tagliente del bistorino, affine di separarne le sue adesioni. S' elleno sono recenti possono venir sciolte col dito; se sono sode, convien meglio, a mio avviso, di recidere ciò che strangola, e di portare gl' integumenti sull' intestino nella miglior maniera che si potrà.

Trovasi nella mia collezione uno straordinario caso patologico di strozzamento fatto da una fimbria simile a quelle, che trovansi nelle adesioni entro l'anello, nel quale l'intestino è stato dalla detta fimbria reciso. Conservo pure altri esempj di sodi fascetti legamentosi formati dall' omento, ed attaccati all' orifizio del sacco, simili assai alle briglie fatte da adesioni, le quali sono state sì sovente cagione di strozzatura, indipendentemente dal collo del sacco, e appunto dopo che si era creduto che l' ernia fosse ridotta.

Il sig. Linn, mio amico, ebbe ad osservare un caso, in cui dopo aver ridotto nella sua cavità l' intestino, i sintomi non diminuirono, e l' ammalato morì coi sintomi ordinarii di

strozzamento. Nella dissecazione si osservò che l' intestino erasi avviticchiato intorno ad una briglia entro l' addome. Tali cingoli possono essere talvolta scoperti, introducendo il dito dopo aver ridotto l' intestino (*a*). Havvi una cagione di ostruzione nell' intestino dopo l' operazione, assai differente da questa, ma egualmente formidabile; essa accade quando la porzione che è stata strangolata rimane incapace d' azione.

Del colore dell' intestino strangolato.

Io ho veduto l' intestino ostinatamente incarcerato per l' eccessiva distensione fatta da aria, e le tonache sue conservare la loro naturale trasparenza, ed il proprio colore. Ma per lo più la porzione dell' intestino che trovasi compresa in un' ernia strangolata, è di color rosso-scuro, che s' approssima al nericcio, e le tonache del medesimo sono molto inspessate dall' effusione di umore che è ne' loro interstizii, talmente che acquistano esse una spessezza carnosa.

(*a*) Assai comunemente, se io debbo giudicare dalla dissecazione, l' intestino si fa aderente al peritoneo dietro l' anello. Io sospetto medesimamente, che quest' adesione dell' intestino sia in alcuni casi, una cagione di continuata ostruzione, dopo la riduzione.

Il primo periodo di strozzamento mostrasi con un color rosso-scuro, con vene turgide e distinte. Il secondo, con un color più scuro frammisto a qualche striscia di color purpureo, e dallo scomparire dei vasi sanguigni sulla superficie.

La mortificazione è resa apparente dal color nericcio, piombino, e dal non comparirvi gemitìo di sangue fluido, quando l'intestino vien toccato colla punta della lancetta; essa è confermata quando compajono sul medesimo macchie di color oscuro o turchino, e quando la superficie sentesi molle al tatto, ed aspra.

Se dovessi io intieramente affidarmi alla mia propria esperienza, io dovrei dire che non debbesi ridurre un pezzo d'intestino nell' addome in cattivo stato; poichè trovansi adesioni formate entro il sacco, ed all' orificio del medesimo nello stesso tempo che l'intestino sta per passare in gangrena nell'ernia.

Io dubito che si possa presentare l' occasione di tor via un' intiera convoluzione d'intestino, e che se ne possa ridurre le estremità dopo averne tolta via la porzione gangrenosa. Quando nell' operazione dell' ernia ho trovato l' intestino gangrenato, esso era pure scoppiato, e l' aria, e le fecce erano

sortite ; ed ho trovato nel tempo istesso che le adesioni dell' intestino al collo ed all' orificio del sacco erano sode. In simili casi, invece di troncare la porzione dell' intestino mortificato, e di tentare di unire le estremità, noi ci adopreremmo meglio in trattando l'intestino più semplicemente. Lo strozzamento essendo sciolto, io sarei disposto a lasciar rimanere l'intestino nel sacco.

Se sfortunatamente si fosse ferito l'intestino, si dovrebbe permettere un libero scarico delle materie contenute nella superior parte del canale avanti di fare alcun tentativo per unire la ferita ; poichè non si può sperare uno stato d' immobilità nella porzione dell' intestino ferito, fintantochè le materie accumulate nella superior parte del canale, sieno state evacuate. Se si dovesse unire in qualche maniera la ferita dell' intestino, facciasi ciò con destrezza, mediante la cucitura intercisa, e rimettasi nella cavità dell' addome la porzione dell' intestino. Se in conseguenza di un intestino gangrenato si forma un ano artificiale all' inguine, esso contraccambia la morte colla più incomoda esistenza (*). Egli è accaduto

(*) Si può alleviarne gl' incomodi con un cinto ela-

che per una fortunata circostanza, le due estremità dell'intestino nel sacco, si sono anastomosate, e l'infermo si è perfettamente ristabilito non ostante la mortificazione dell'intestino; la qual cosa, a mio credere, succede dopo che si è staccata la porzione gangrenosa, e in grazia della stretta unione delle porzioni dell'intestino, le quali sono congiunte col mezzo del processo ulcerativo, ed hanno ristabilito il corso naturale degli alimenti; ed io penso che si possa favorire la formazione di questa comunicazione nel caso in cui una porzione gangrenosa d'intestino separasi nel sacco erniario.

Dell' ernia dell' omento.

L' epiplocele è un' ernia incomoda, e ad un tempo piena di pericolo, quantunque questo pericolo non sia cotanto immediato, quanto lo è nel caso di ernia intestinale; ella è una malattia che esige molta attenzione sia per essere costantemente esposta alle esterne ingiurie, sia per essere l'omento foriero della discesa dell'intestino.

---

stico avente in luogo della pallotola, un cerchietto a cui s'adatti un acconcio recipiente.

In questa specie d'ernia il cinto elastico vuol essere applicato con molta precauzione, perchè se esso non contenesse affatto colla sua pressione l'omento nella cavità, ne potrebbe insorgere infiammazione. Al primo apparire di quest' ernia, succede sovente dolore nell' addome, ed allora essa ha molta rassomiglianza coll' ernia strangolata dell'intestino. Ma se l' ammalato può ritenere sullo stomaco leggieri alimenti, e rimedii purganti, ordinariamente non havvi necessità alcuna di eseguire l' operazione.

I sintomi dell' ernia dell' omento differiscono da quelli dell' ernia dell' intestino, in ciò che si possono ottenere scarichi di ventre. Il singhiozzo è parimente meno violento, e meno costante; il polso un cotal poco più pieno; l' addome non così teso, e la malattia ha un corso più lungo. Sentesi al tatto una ineguaglianza nel tumore.

Quando trovasi strangolato un grande tratto d' omento, allora il tumore s' infiamma, e passa per gradi alla suppurazione, mentre l' infiammazione si stende sulla porzione contenuta nella cavità dell' addome.

L' omento contenuto entro il sacco dell' ernia, cangia considerevolmente dallo stato

suo naturale; diviene una massa concreta, i suoi lobi ingrossano; vi s' accumula l'adipe, e fibre di adesione uniscono le varie masse; oppure, esso forma un tumore rotondo e molle, a motivo del condensamento, conservando soltanto una connessione colla porzione dell' omento contenuto nell'addome per un collo stretto, e quasi di tendinosa natura. Le preparazioni che io conservo, m' assicurano della verità dell' osservazione di Pott: « Tutte le parti che passano a traverso di ciò che forma il collo del sacco, divengono, pella pressione costante che soffrono, una specie di corpo sodo, duro, non compressibile, nè capace di essere dilatato, il quale modellasi al canale, lungo il quale discende, e rende impossibile la riduzione di libere porzioni del medesimo, che riempiono lo scroto ».

Quando l' omento sfugge dall' addome in istato naturale, in conseguenza di una ferita, io ho veduti casi, in cui non si potè ridurlo, attesa la sua delicatissima struttura; e dopo averlo lacerato, e direi quasi impastato nel tentativo fatto per ridurlo, fu necessario di troncarlo. Il Sig.r Hey pensa « che quando l'omento trovasi in uno stato

tendente alla gangrena, quantunque senza apparenza di corruzione, esso possa soffrire un'irreparabile lesione da un grado di pressione praticata allo scopo di ridurlo, la quale non lo avrebbe punto offeso, se fosse stato perfettamente sano » (*a*).

Si presentano frequenti occasioni di dover troncare grandi porzioni d'omento in conseguenza dell'essersi questo indurito, e unito in massa (divenendo talvolta simile allo scirro), per le adesioni contratte col sacco, o in conseguenza di gangrena. Prima di troncare l'omento questo debb'essere spiegato ben bene per osservare se mai vi annidasse inframmezzo qualche porzione d'intestino. La restante porzione d'omento, dopo l'*excisione*, geme sangue in proporzione della quantità che venne tolta, cosicchè per impedire che i coaguli del sangue si depongano nella cavità dell'addome, dobbiamo, o comprendere tutta la massa dell'omento in una legatura, o prendere i vasi col tenaculum. Quest'ultimo metodo è da pre-

(*a*) I Signori Hey e Warner descrivono un particolare vizio, lo spappolarsi dell'omento, come indicante lo stato suo morboso meglio che la stessa lividezza.

ferirsi al primo; poichè il legare l'estremità dell' omento è soltanto voler sostituire una legatura dell'omento allo strozzamento del medesimo; di modo che l'inquietudine, l'ansietà, e la febbre, il dolore nell' addome, la nausea, ed il vomito possono tener dietro a questa legatura, ed in una parola, ne può seguire l'infiammazione del peritoneo, e la morte stessa.

In verità, io ho veduto praticare una legatura dell' omento senza verun sintoma cattivo; ma essa venne fatta nello stato suo naturale, quando era molle, e cedente, ed essa cadde nel secondo giorno. Ma una legatura portata e lasciata attorno ad una massa direi quasi tendinosa dell' omento, io sarei per riputarla causa di grande sconcerto e pericolo.

Essendo necessario di recidere l' omento ernioso, prima di ciò fare; l'intestino dovrà essere ridotto, affinchè la circolazione possa farsi liberamente in questo ripiego. Dee pure il Chirurgo essere guardingo che l'omento non isfugga nella cavità prima d'aver arrestata l'emorragía.

Se l' omento fosse affatto gangrenato e morto, sarebbe forse egualmente necessario

il fare attenzione che non vi restasse strozzamento sul medesimo, e di troncarne solamente la più grossa parte, lasciandone una parte, la quale cadrà in appresso. Ma se si trattasse di una parte morbosa, e affatto alterata nella sua struttura, il lasciarne una parte darebbe luogo ad una irregolare carnosa escrescenza, la quale esigerebbe poi di essere tolta via.

Del modo di curare l' ammalato dopo l' operazione.

Si avvicinino gl' integumenti e si sostengano con fetuccie di cerotto attaccaticcio. Si metta sopra queste una molle compressa di lino usato, e si assicuri tutto l' apparecchio colla *spica*. Il malato dovrà portarvi la mano al dissopra, quando è obbligato a tossire, o quando gli verrà cangiato, o riattato il letto, o dee fare qualche movimento, e specialmente nell' atto di scaricare il ventre.

Dell' ernia femorale.

Chiunque esamina, dice il sig. Pott, il tendine del muscolo obbliquo esterno « trova che la parte di esso che scorre obbliquamente

in basso dalla spina dell' osso ilio verso la sinfisi dell' osso pube è contratta, e come ripiegata in dentro ». Ognuno, quando esamina la preparazione anatomica di questa parte, e rammemora questa preliminare osservazione del sig. Pott, comprende tosto ogni cosa a questo legamento relativa, e conosce anticipatamente le odierne novità.

Il cordone spermatico sta in un solco, ossia in un canale formato dalla parte inferiore del tendine del muscolo obbliquo esterno, il quale tendine ha una larga ed orizzontale inserzione nell' osso pube, offrendo due margini, di cui uno è rimboccato in basso sull' aponevrosi della coscia, e l' altro è interno, e forma la terminazione del tendine. Sono state vantate scoperte di legamenti, e di aponevrosi negli ultimi scorsi anni. Ma esse non sono già scoperte anatomiche, ma sibbene la sola applicazione delle nozioni anatomiche alla Chirurgia. Avezzo io a dirigere lo scalpello dello Studente fin dai primi anni di mia carriera, io posso affermare senza tema, che una esposizione di questa materia esiste nelle mie dissezioni rappresentate con figure, e così minutamente da me notate, che ognuno possa comprendere

quanto evvi di vero su questo proposito. Ma io non credetti se non di scrivere ciò che ognuno nell' anatomia versato già conoscesse. La esatta anatomia di questa parte è rappresentata distintamente nella figura XIII del mio Sistema di dissecazione; sia per ciò che riguarda la rimboccatura in giù del rotondo orlo del tendine fatto dall' aponevrosi della coscia, l' estesa sua inserzione del tendine nell' osso pube, sia per l' acuto interno margine del legamento, come si può vedere nel legamento stesso sollevato, nella figura addizionale 1. e 2.

Nelle mie annotazioni sulla plancia addizionale dei muscoli dell'addome, io, parlando di Gimbernat, nell' appendice pag. 5, ho inoltre affermato non essere un nuovo ritrovato, ma ben piuttosto un' idea emergente dallo stato naturale delle parti, quella recente opinione per cui si vuole, che non già nell' esterno margine del legamento, si fosse rinvenuto lo strozzamento dell' ernia, ma bensì più addentro sotto il legamento, e verso l'osso pube il sito preciso del medesimo, lo che io credo essere un errore; perchè si è l'acuto angolo che fa l' intestino dilatato colla sua parte retta contenuta nel collo del sacco,

che cagiona lo strozzamento; o per dirlo altramente, siccome l' intestino ed il sacco si elevano dalla parte concava della sommità della coscia nella parte anteriore del tendine del muscolo grande obbliquo, ciò che produce l' acutezza dell' angolo, il margine esteriore del legamento crurale, ove esso ha gettate le due circolari fascie, è la parte nella quale trovasi collocato lo strozzamento nella maggior parte de' casi.

Noi sappiamo, che l' inferior parte del tendine del muscolo obbliquo esterno è collegato in basso dall' aponevrosi della coscia; ma noi sappiamo pure, che il tumore ernioso trovasi veramente sotto una membrana, la quale in questo sito è più rassomigliante alla membrana cellulosa, avente spessezza per la quantità dell' adipe, e sodezza pel frapponimento di filamenti tendinosi.

Non solamente v' hanno fascetti, i quali ascendono sull' interno lato dei muscoli dell' addome, e sul muscolo iliaco interno, come fu descritto dal signor Cooper, ma due sottili e forti legamenti, o fascetti tendinei discendono l' uno sull' articolazione femoro-iliaca, e l' altro sull' osso pube; e questi

fascetti convertono realmente l' apertura risultante dal legamento di Poparzio in un arco, e tra queste due membrane tendinee discende l' ernia femorale, e ne resta strozzata.

Io pensò, che quest' arco posto all'interno lato dei vasi femorali, sia il sito ove ritrovasi il più sovente lo strozzamento, e che l' intestino resti strangolato a cagione dell' angolo che fa il collo del sacco sul medesimo.

L' ernia femorale non può farsi strada, e discendere in basso. Talvolta rimanendo piccola, resta sepolta nell' inguine, e diviene strozzata primachè essa formi alcun tumore considerevole; ma più spesso è spinta in su dal cavo, e alquanto s' eleva, in maniera che ho sovente veduto confonderla coll' ernia inguinale.

Taxis.

Conoscendo la natura del tendine, sotto il quale passa quest' ernia, si capisce perchè debbasi, dare alle pressioni fatte sulla medesima, all' oggetto di ridurla nella cavità, una direzione diversa da quella, che si esige

per la riduzione dell'ernia inguinale, poichè mentre si rilasciano l'aponevrosi della coscia ed i muscoli dell' addome, debbesi comprimere il tumore in basso nel cavo, priachè si tenti di farlo rimontare sotto il legamento. Il comprimere il tumore direttamente nell' addome, ossia spingerlo con forza in su, è lo stesso che far deviare il medesimo dalla direzione che dee tenere per rientrare nella cavità.

Il tumore mi si è presentato per ben due volte nell'erniotomia sotto un aspetto imbarazzante. Io eseguiva l'operazione di notte tempo nello Spedale di Edinborgo per un' ernia crurale; il tumore si elevava sotto il bistorino, (poichè quanto più esso viene dissecato, ed isolato, vieppiù s'espande, e più liberamente sorte fuori dalla profonda sua situazione), e si presentava con un'irregolarità globosa, e affatto priva di elasticità. I miei Assistenti credettero, che io mi fossi imbrogliato in una serie di ghiandole morbose; ma dissecando verso il legamento, e sotto il medesimo, m'assicurai col tatto che non mi era ingannato, poichè io discopriva le traccia del collo del tumore sortente disotto al legamento. Trattavasi di

un' ernia nella massima sua parte omentale, entro cui trovavasi una piccola porzione d'intestino. L' omento addensato dava al tumore una sodezza, ed il sacco era attorniato sull' esterna superficie da ghiandole ingrossate.

In un' altra occasione, io assistendo ad un Collega che faceva quest' operazione su d'una donna, il tumore presentava una forma veramente irregolare, e globosa. Io avrei creduto, che l' irregolarità derivasse dalle ghiandole; ma comprimendo le globosità del tumore, sentivasi che esse erano elastiche, e piene di fluido. Il fatto mostrò, che esse erano vescichette, ossia idatidi aderenti alla superficie del sacco erniario.

Noi siamo adunque costretti a fare la diagnosi dal sito preciso, che il tumore occupa, e dal modo col quale si eleva di sotto al legamento.

Il tumore può essere sentito quando non havvi strozzamento; quando poi questo e l' infiammazione già esistono, ed il tessuto cellulare, che attornia il tumore, è zeppo di umori, l'ernia è meno distinta al tatto, ma i sintomi d' ostruzione sono più manifesti.

Operazione per l' ernia femorale.

La prima incisione debb' essere diretta obbliquamente dalla parte superiore alla parte inferiore ed interna, scorrendo sulla lunghezza del tumore (essendo esso di figura oblunga), ed oltrepassando ad ambe le estremità, i confini del tumore, la quale incisione dovrà essere proporzionata alla crassezza de' tegumenti, ed al volume del tumore.

Avendo sbrigliato il tumore dalla comune membrana aponevrotica della coscia, si procede nella guisa stessa che nell' ernia inguinale, insinuando sotto le lamine membranose la tenta solcata, e sollevandole colla punta del bistorino nel tagliarle; alla fine una compita membrana, oltre il proprio sacco del peritoneo, investe il tumore.

Il Chirurgo può trovarsi molto perplesso in questo assai delicato punto di dissecazione, s'egli non rende affatto distinto colla dissecazione l' inferior margine del legamento di Poparzio, e la sovrapposta aponevrosi. E vuolsi osservare, che ciò sarà molto più facile a farsi, e con maggior sicurezza, prima d' aprire il sacco, che quando già si è aperto,

e l'intestino si svolge, e copre le parti.

Certamente il signor Pott non avea ragione nel dire, che l' ernia femorale è meno soggetta allo strozzamento dell' inguinale. L' ernia crurale è soventi volte piccola, e percorre un rapido corso; e quanto alla sua opinione ch' ella possa venir ridotta senza il taglio del legamento crurale, io credo che ciò sia egualmente pericoloso nella maggior parte de' casi. Io ho sempre trovato il cingolo molto resistente, in questa specie di ernia.

Ma in questo punto dell' operazione noi dobbiamo richiamarci alla memoria la maniera nella quale il tendine del muscolo obbliquo esterno dell' addome è frenato in basso da quelle fascie aponevrotiche, che ho descritte; e noi dobbiamo desiderare, che quivi incontrisi lo strozzamento, come io credo, che la cosa, generalmente parlando, succeda così. Poichè se lo strozzamento trovasi nell' esterno margine del legamento della coscia, quantunque questo sia liberamente tagliato, tuttavia non resta punto inedebolita la forza, che opporre si dee alla recidiva; invece che, se lo strozzamento si trova nell' interno margine, e questo debba essere

tagliato, ne resta di necessità diminuita la resistenza del tendine, là dove questo dee opporsi ad uno sforzo continuo tendente a spingere fuori le intestina.

Aperto il sacco, colle precauzioi stesse usate nell' ernia inguinale, col dito introdotto nel medesimo, si tocca quale, e in qual luogo sia la causa dello strozzamento, e trovandola nell' esterior margine, si procura di elevare il sacco, ed il legamento sulla punta del dito, e colla punta dello scalpello si procura di scalfire le parti sovrapposte al dito in linea retta verso l' addome, come per tagliare trasversalmente quelle sode e tendinose cordicelle.

Ora il dito potendo essere introdotto, può accadere, che si senta uno stringimento più in dentro: tranne le cagioni che io ho già notate, una spessezza di parti, quantunque considerevole, può non essere causa di strozzamento; e con delicata maniera l'intestino può essere tirato un po' fuori e vuotato, senza fare una più grande incisione, e quindi potrà essere ridotto nella cavità.

Ma io non debbo tacere, che l'interno

margine del legamento della coscia può essere l' unica, e principale cagione di strozzamento, e che in questo caso esso debbe essere reciso. Questo presenta un sodo tendine dissimile dalla cagione dell' interno strozzamento della bubonocele. Se si sente distintamente quasi come una corda tesa, e posta a traverso il collo del sacco, il sacco non esige di necessità d' essere tagliato; ma portata la tenta solcata sopra il collo del sacco, ed il bistorino lungo la scanalatura del medesimo, finchè la punta di esso munita di bottone, giunga al di là del margine del legamento, e allora con delicato movimento di depressione del manico dello stromento, l' apice del suo tagliente si eleva contro il legamento e lo recide.

Se non viene reciso di questo interno margine più di quello che è assolutamente necessario, non havvi pericolo di offendere l' arteria epigastrica, od il cordone spermatico. Dovrasssi richiamare alla memoria, quanto queste parti trovinsi vicine al tagliente del bistorino; e che l' incisione vuol essere diretta in su, senza che inclini, nè in dentro, per il pericolo di tagliare il fu-

nicolo spermatico, nè in fuori per quello di ferire l' arteria epigastrica (*).

La riduzione dell' intestino, le circostanze relative all' omento, la medicazione, e le precauzioni a prendersi dopo l' operazione, sono le stesse in questo caso, che nell' operazione pell' ernia inguinale.

(*) Io debbo parlare di un accidente occorso non ha guari al valente Chirurgo il Dott. Ballarini, mentr' ei faceva l' operazione dell' ernia crurale strozzata, alla quale io assisteva. La vena zafena esterna che s' innoltra per inserirsi nella vena femorale, venne recisa nella dissezione delle parti sovrapposte al sacco dell' ernia, e vi succedette emorragia fastidiosa e grave, sia per la difficoltà di scorgere il sito preciso d' onde scaturiva il sangue, sia per la copia che in pochi istanti ne sgorgava. La pressione col dito introdotto nella ferita arrestava facilmente l' emorragia: la cosa era dubbia, se l' arresto dipendesse dal comprimere sul fondo, oppure sui lati; rilasciata la pressione sul fondo, e limitata successivamente ai varii distinti punti dei margini della ferita, si vide, che l' emorragia arrestavasi comprimendone un dato punto; venne pizzigato e legato un gran pezzo di tessuto cellulare, che collegava il vaso ferito; cessò ogni pericolo d' emorragia, e l' operazione fu seguita dal più felice successo.

Dell' ernia ombilicale.

L' ernia ombilicale è assai raramente strozzata. Ciò non pertanto, se la cosa accadesse, e l' intestino si trovasse compreso nell' ernia, e desse origine a' sintomi urgenti, allora il giovine Chirurgo dovrebbe stare guardingo sulla difficoltà di tenere le parti ridotte, quando tutto il tumore è stato aperto, e le parti sono state respinte in dietro. L' apertura dell' ernia ombilicale è generalmente assai ampia, e la compressione mal s' adatta ad una parte molle e cedente, qual è la parte anteriore del parete addominale, ed essa viene naturalmente spinta fuori, e tratta in dentro ad ogni movimento della respirazione.

Io so, che l' operazione venne eseguita, e che l' omento e le intestina furono ampiamente scoperte, come nella bubonocele; ma quando gli Operatori tentarono di ridurre e contenere le intestina, quale non fu la loro sorpresa, quand' eglino s' avvidero d' aver aperto il ventre d' una donna, e d' averne esposti i visceri, senza trovar mezzo di ridurli, od anche di serbare una

decente apparenza di aver terminata l' operazione!

Noi non dobbiamo portare il bistorino sulla superficie del tumore, come per denudarlo; ma dobbiamo soltanto fare un'incisione ad un lato della sua base; allora colle stesse precauzioni suggerite altrove, dobbiamo dividere l' esterna lamina, e procurar d' insinuare il bistorino col bottone in punta sotto il margine del tendine, il quale essendo tagliato, si potrà ridurre l'ernia, cominciando dall' ultima porzione uscita delle intestina, che si è frapposta ai visceri già prima esistenti.

Se tagliato il margine del tendine, il collo del sacco non si dilata al segno di rendere libera l' ernia, si può parimenti incidere questa parte del sacco abbracciata dallo strozzamento, al punto di ammettere il dito.

Con questa operazione si può evitare la terribile conseguenza della medesima nel modo ordinario eseguita, conseguenza che consiste nello avere una porzione d' intestina tra le mani, che non si può ridurre.

Io penso, che siavi un carattere particolare nell'ernia ombilicale; havvi sovente una predisposizione alla malattia per la grande

ampiezza dell' apertura. Per questa ragione, e per essere il foro ombilicale diretto, e libero, egli è meno soggetto allo strozzamento di quello che lo sieno altre specie di ernia. Essendo l' ernia generalmente assai antica, e contenendo sovente una grossa porzione di omento, per la sua situazione alta nel ventre, il sacco, ed i visceri contenuti contraggono aderenza insieme; il sacco diviene in certi siti sottile, e resta pure talvolta intieramente assorbito, in guisa che l' omento, ed il comune tessuto cellulare contraggono reciproca adesione, e l' intestino essendo sepolto in una massa di omento addensato, e aderente, esso trovasi quivi talvolta rinchiuso e strangolato (*).

(*) Primachè si chiuda il ragionamento sulle operazioni a farsi per le ernie, io debbo offerire al Lettore una considerazione pratica rilevantissima. Il Chirurgo debb' egli ancora intraprendere l' erniotomia, quando è chiamato così tardi che già compajono alcuni segni forieri dell' imminente gangrena?

La natura nei rari casi in cui essa sola guarì, soprattutto in giovani soggetti, un' ernia gangrenata, ciò operò col mezzo della rottura dell' intestino gangrenoso, e delle parti che lo ricoprono. Il taglio adunque delle parti che ricoprono il viscere, e del cingolo che lo strozza, non

è che una operazione atta a secondare gli sforzi della natura. Ciò nulla di meno, se havvi più da temere che da sperare sull'esito dell'erniotomia, pare che abbandonar si dovrebbe al suo destino quell'infermo che si trova attorniato da persone poco discrete, capaci di ascrivere a impotenza dell'arte, o a inabilità di chi la esercita, ciò che debbe imputarsi alla trascuranza loro di non aver chiamato in tempo opportuno il soccorso, seppur non fosse dover sacro del Chirurgo il porre in non cale simili riguardi, e lo intraprendere un'operazione, tuttavoltachè la suggerisce il sentimento di umanità, e la consiglia il venerato assioma, *in extremis malis, melius est anceps experiri remedium quam nullum.*

FINE DEL PRIMO VOLUME.

V. BALLARINI P. e R.

Se ne permette la stampa.
BESSONE per la Gran Cancelleria.

608470

Digitized by Google

Pag.	7	*lin.*	8	le flogosi	*leggasi* la flogosi
	171		19	delle bubonocele	della bubonocele
	186		17	scoto	scroto
	187		2	della sua	dalla sua
	202		8		*si ometta* dalla medesima
	209		4	SHARPEOS	SHARP'S

Digitized by Google

Digitized by Google

INDICE

Delle materie contenute nella seconda parte del primo Volume.

Continuazione della SEZIONE SECONDA.

Operazioni per l'ostruzione dei naturali condotti cagionata da malattia.

Della fistola orinaria al perineo . . . *pag.* 5
Del modo di procedere nel riaprire e ristabilire una parte dell'uretra . . . . . » 12
Trattamento delle ghiandole di Cowpero pervenute a suppurazione . . . . . » 14
Del modo di formare una nuova porzione d'uretra, quando essa è stata distrutta da un ulcero 17
Del cateterismo nelle donne . . . . . » 21
Dello stringimento dell'esofago . . . . . » 23
Dello stringimento dell'intestino retto . . . » 27
Della fistola all'ano . . . . . » 32
Operazione col bistorino . . . . . » 39
Operazione senza usare il bistorino . . . » 44
Operazione col filo metallico . . . . . » 45
Comunicazioni fistolose tra l'intestino retto e la vagina . . . . . » 46

Operazione per la fistola lagrimale . . . . pag. 48
Operazioni per la fistola salivare . . . . . » 59
Ranula . . . . . » 64
Degli ulceri fistolosi . . . . . » 68

SEZIONE III.

Operazioni per togliere naturali difetti.

Fimosi . . . . . » 72
Operazione . . . . . » 74
Parafimosi . . . . . » 78
Del freno del prepuzio troppo corto . . . . » 81
Recisione del freno della lingua . . . . . » 82
Operazione per il *becco di lepre*, e per il *cancro* del labbro, ec. . . . . » 84
Operazione per l' imperforazione dell' ano . . » 96
Imperforazione della vagina . . . . . » 99

SEZIONE IV.

Sulla Litotomia.

Litotomia . . . . . » 102
Dei sintomi della pietra nella vescica . . . » 106
Dell' esplorazione e del modo di toccare la pietra 109
Instrumenti per l' operazione . . . . . » 113
Posizione del malato . . . . . » 116
Prima parte dell' operazione tagliando nel perineo 118
Seconda parte dell' operazione in cui si taglia l' uretra . . . . . » 122
Terza parte dell' operazione col *gorgeret* . . . » 123

Digitized by Google

Pericoli in questa incisione . . . . . pag. 124
Della tanaglia . . . . . » 127
Trattamento dell'ammalato dopo la operazione » 136
Emorragia . . . . . » 138
Dell'operazione della litotomia come si eseguisce nello Spedale di Westminster . . . . . » 143
Operazione della litotomia col bistorino . . » 147
Cenno del Traduttore: Sull'alto apparecchio . . . . » 149
Del modo di estrarre la pietra dalla vescica delle donne . . . » 152

SEZIONE V.

Sulle Ernie.

Definizione . . . . . » 155
Varietà delle ernie . . . . . » 157
Dell'ernia nascosta . . . . . » 159
Sintomi di ostruzione intestinale e del volvulo » 162
Della cagione della morte . . . . . » 164
Della causa dello strozzamento, e della questione dello spasmo nel sacco, o nella stringitura » 168
Del sacco di un'ernia più particolarmente, e della parte che forma lo strozzamento nell'ernia » 172
Del collo del sacco . . . . . » 175
Dell'incarcerazione e dello strozzamento . » 180
Carattere del tumore ernioso . . . . . » 183
Dell'ernia che si fa a traverso l'anello dei muscoli addominali, e con quali malattie si possa confondere quest'ernia . . . . . » 185
Della riduzione dell'ernia inguinale mediante la mano . . . . . » 191

Del brachiere . . . . . pag. 193
Operazione per l'ernia inguinale e scrotale . » 197
Della direzione a darsi all' incisione dell' anello, e se convenga tagliare l' anello senza recidere il collo del sacco . . . . . » 202
Dell' arteria epigastrica . . . . . » 225
Di ciò che concerne più particolarmente l' intestino . . . . . » 228
Del colore dell' intestino strangolato . . . » 230
Dell' ernia dell' omento . . . . . » 233
Del modo di curare l' ammalato dopo l'operazione 238
Dell' ernia femorale . . . . . » 238
Operazione per l' ernia femorale . . . . . » 245
Operazione per l' ernia ombilicale . . . . . » 250

FINE DELL' INDICE
DELLA SECONDA PARTE DEL PRIMO VOLUME.

Digitized by Google

Digitized by Google

Digitized by Google